



Qualitätsbericht 2018

Nach der Vorlage von H+



Psychiatrie

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau
Petra Reusser
Leiterin Qualitätsmanagement
041 726 37 53
petra.reusser@triaplus.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitler testeten das Interventionsbndel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnotige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benotigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualittsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) hnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	13
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	14
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	14
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	14
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	15
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	16
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	19
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	22
5.2 Eigene Befragung	24
5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung der Ambulanten Dienste Uri, Schwyz und Zug	24
5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung der Tagesklinik Uri	27
5.3 Beschwerdemanagement	28
6 Angehörigenzufriedenheit	29
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 Icommit Swiss Arbeitgeberaward	29
8 Zuweiserzufriedenheit	30
8.1 Eigene Befragung	30
8.1.1 Mecon Zuweiserbefragung	30
Behandlungsqualität	31
9 Wiedereintritte	31
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
10 Operationen	31
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen	31
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	31
12.1 Eigene Messung	31
12.1.1 Sturzvorfälle Klinik Zugersee	31
13 Wundliegen	32
13.1 Eigene Messungen	32
13.1.1 Dekubitusrate Klinik Zugersee	32
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	33
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	33
15 Psychische Symptombelastung	34
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	34

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessung	36
17.1	Weitere eigene Messung	36
17.1.1	Beurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung	36
18	Projekte im Detail	38
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1	Qualitätssicherungssystem Apotheke Klinik Zugersee	38
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	39
18.2.1	Evaluation Integriertes Managementsystem	39
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
18.3.1	ISO Zertifizierung	40
19	Schlusswort und Ausblick	41
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	42
	Psychiatrie	42
	Herausgeber	43

1 Einleitung

Psychiatrische Versorgung über die drei Kantone Uri, Schwyz und Zug

Seit Januar 2018 vereinigt die Triaplus AG ambulante Dienste und eine stationäre Einrichtung, welche bisher völlig unterschiedlich funktionieren, unter einem Namen. Mit Gründung der Triaplus AG verfolgen die Kantone Uri, Schwyz und Zug das Ziel, ihre Zusammenarbeit in der Psychiatrieversorgung zu intensivieren und die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in den drei kantonen gemeinsam zu planen und zu organisieren.

Im Herbst 2017 wurde die gemeinnützige Aktiengesellschaft Triaplus AG mit Sitz in Zug gegründet. Per 1. Januar 2018 erfolgte die Überführung der Sozialpsychiatrischen Dienste der Kantone Uri und Schwyz, des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Schwyz sowie der ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kantons Zug und der Psychiatrische Klinik Zugersee von den bisherigen Trägerschaften in die Triaplus AG. Die Triaplus AG hat den Auftrag, in den drei Kantonen eine integrierte psychiatrische Versorgung aufzubauen zur Sicherstellung der, stationären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Grundversorgung der Bevölkerung.

Der Triaplus AG sind die folgenden Organisationseinheiten angegliedert:

- Klinik Zugersee, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie (APP) Uri (ehemals Sozialpsychiatrischer Dienst des Kantons Uri)
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie (APP) Schwyz (ehemals Sozialpsychiatrischer Dienst des Kantons Schwyz)
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie (APP) Zug (ehemals Ambulante Psychiatrische Dienste Zug)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Uri
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Schwyz (ehemals Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Schwyz)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Zug (ehemals Ambulante Psychiatrische Dienste Zug)

Die 10 ambulanten Standorte gewährleisten eine wohnortsnahe Versorgung und decken ein Versorgungsgebiet von rund 316'000 Einwohnerinnen und Einwohnern ab.

Die stationäre Versorgung wird durch die Klinik Zugersee abgedeckt. Sie ist behindertengerecht eingerichtete und verfügt über 156 Betten in hellen und modern eingerichteten Einzel- und Doppelzimmern. Die Klinik bietet Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen Hilfe und Unterstützung. Psychotherapie und Bezugspflege kommt ein hoher Stellenwert zu. Ausgangspunkt der Behandlungen sind die persönlichen Anliegen der Betroffenen. Diese werden in einen Therapieplan übernommen, der gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt wird.

Die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie in den Kantonen Uri, Schwyz und Zug steht allen Interessierten für Auskünfte, Beratungen und Therapien offen. Ein Team von Fachpersonen aus der Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und psychiatrischer Pflege bietet kompetente Hilfe in schwierigen Lebenssituationen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Uri, Schwyz und Zug unterstützt Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie deren Eltern, Lehrpersonen und weitere Bezugspersonen. Bei Auffälligkeiten im Verhalten und der Entwicklung werden unter Einbezug aller Involvierten Lösungen gesucht. In Baar besteht ein Tagesambulatorium für bis zu sechs Kinder und Jugendliche.

Die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri betreibt in Schattdorf eine Tagesklinik für Erwachsene. In Goldau, Lachen und Einsiedeln bieten Tagesstätten sowohl kurzfristige Krisenintervention als auch längerfristige

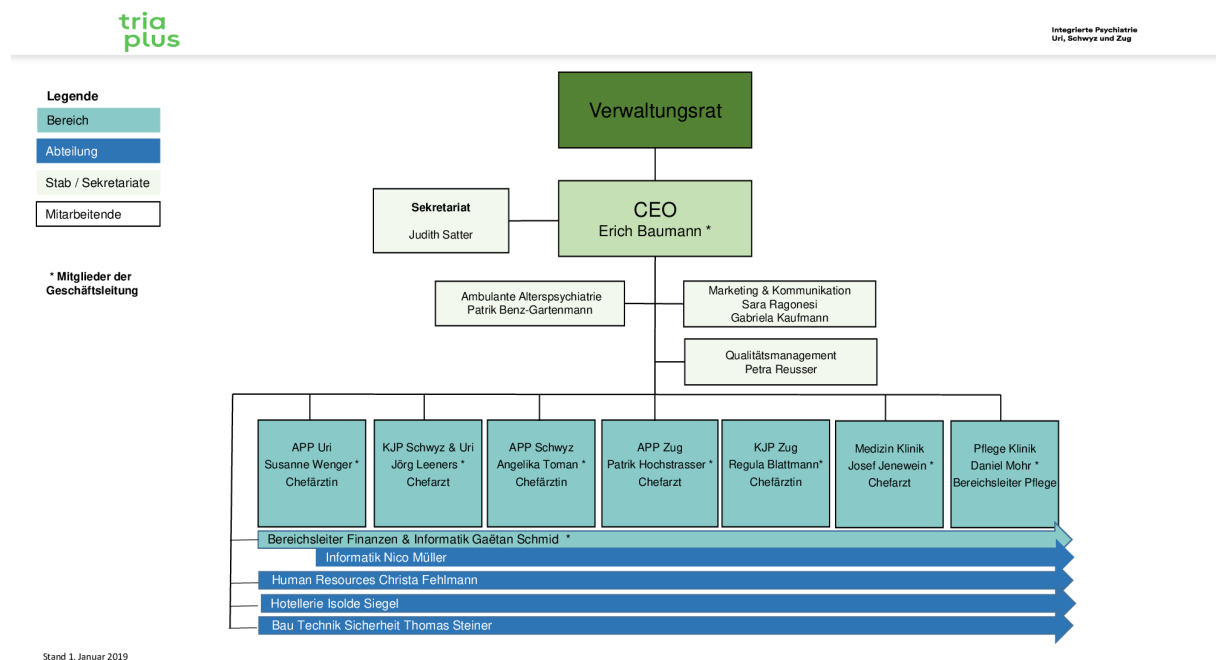
Förderungstherapien an.

Besuchen Sie auch unsere Homepage www.triplus.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt dem CEO und Vorsitzenden der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Erich Baumann
CEO Triaplust AG
041 726 39 01
erich.baumann@triaplust.ch

Frau Petra Reusser
Leiterin Qualitätsmanagement
041 726 37 53
petra.reusser@triaplust.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

Zur Sicherstellung einer qualitativ hohen und optimalen Versorgung der Bevölkerung im Konkordatsgebiet Uri, Schwyz und Zug verfolgt die Qualitätsstrategie der Triaplus folgende thematischen Schwerpunkte:

- Steigerung der Patientensicherheit sowie Patientenzufriedenheit
- Verbesserung der Kommunikations- und Informationsstrukturen / inkl. e-Health
- Ausbau adäquater und qualitätsgesicherter Patienteninformationen
- Qualitätsentwicklung im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
- Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren in der Patientenversorgung

Qualitätsziele

Die Triaplus bekennt sich zu einer qualitätsgesteuerten und sicheren psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung im Konkordatsgebiet Uri, Schwyz und Zug. Diese kann nur durch enge Zusammenarbeit aller Triaplus-Standorte, Abteilungen und Berufsgruppen erreicht werden. Durch Schnittstellen- und Prozessoptimierungen sowie Kooperationen mit vor- und nachgelagerten Institutionen ist ein einheitliches Qualitätsniveau in den unterschiedlichen Behandlungsbereichen der Triaplus gewährleistet, wobei fokussiert wird auf:

- Konsequente Kundenorientierung
- Commitment aller Mitarbeitenden zur Qualitätsarbeit
- Verbesserung der gesamten Ergebnisqualität in allen Fachabteilungen
- Verbesserung der Schnittstellen- und Prozessstrukturen

Die Outcome-Resultate der stationären und ambulanten Behandlungen werden unter anderem im Rahmen der nationalen Qualitätsmessungen des [ANQ](#) sowie im Rahmen der Leistungsvereinbarung des Konkordatsrats vorgegeben und regelmässig überprüft.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Erste Massnahmen zur Zusammenführung der Organisation

Seit Januar 2018 vereinigt die Triaplus AG ambulante Dienste und eine stationäre Einrichtung, welche bisher völlig unterschiedlich funktionierten, unter einem Namen.

Während dem ersten Geschäftsjahr wurden auf verschiedenen Ebenen Massnahmen zur Standardisierung initialisiert. Alle Mitarbeitenden wurden einem einheitlichen Zeiterfassungssystem angeschlossen und die IT-Systeme der ambulanten Dienste wurden etappenweise mit der Infrastruktur der Klinik Zugersee vernetzt. Dazu kamen die Umstellungen der administrativen Prozesse im Finanz- und Rechnungswesen und im Personalmanagement. Diese erste turbulente Zeit haben wir dank grossem Engagement und ausserordentlicher Flexibilität der Mitarbeitenden erfolgreich gemeistert, so dass die Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten – unserem Kerngeschäft - reibungslos weiterlaufen konnte.

Mittelfristplanung

Im operativen Bereich hat die Geschäftsleitung eine Roadmap mit Mittelfristplanung für die Jahre 2018 bis 2022 vorgenommen. So wurden unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und der Organisation für die gesamte Unternehmung konkrete Entwicklungsprojekte definiert.

Flexibilisierungskonzept Bettenbestand

Als erste grosse operative Herausforderung hat die Geschäftsleitung ein Flexibilisierungskonzept für den Bettenbestand der Klinik Zugersee erarbeitet, welches der Verwaltungsrat Ende 2018 verabschiedet hat. Mit dem Flexibilisierungskonzept kann rasch und ohne Qualitätseinbusse auf Schwankungen in der Bettenbelegung reagiert werden.

Fokussierung von Spezialangeboten

Die Geschäftsleitung hat die Fokussierung von verschiedenen Spezialangeboten der Triaplust an jeweils einem Standort beschlossen. So wurden zum Beispiel Konzepte für ein Angebot zur ADHS-Diagnostik für Erwachsene sowie ein Angebot für eine zentrale Autismus-Diagnostik am Standort Goldau erarbeitet. Diese Projekte gehen 2019 in die Umsetzung. Mit der Fokussierung können die Ressourcen gebündelt und die Qualität der Angebote verbessert werden.

Das Projekt der kantonsübergreifenden ambulanten Alterspsychiatrie ist bereits erfolgreich initiiert. In diesem Projekt ist die Triaplust seit Herbst 2018 unter anderem daran, einen Konsiliar- und Liaisondienst aufzubauen und die psychiatrischen ambulanten Angebote in der Alterspsychiatrie in den drei Kantonen zu bündeln.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Start mit dem Aufbau eines integrierten Qualitätsmanagementsystems

Im Herbst 2018 beschloss die Geschäftsleitung zur Koordination und Umsetzung der jährlichen gesetzlich vorgegebenen Ergebnismessungen, den Aufbau eines ganzheitlichen QM-Systems mit einem systemischen Ansatz für alle Bereiche.

In seiner Struktur orientiert sich das QM-System an der ISO Norm 9001:2015. Damit der Aufbau dieses QM-Systems für die gesamte Triaplustherapie möglich ist, wurde 2018 ein IT-gestütztes Management Tool evaluiert.

Unternehmensweite Prozesslandkarte

Eine Organisation kann nur dann wirksam funktionieren, wenn sie miteinander verknüpfte Prozesse erkennt, leitet und lenkt. Deshalb hat die Geschäftsleitung 2018 die für die gesamte Triaplustherapie verbindlich geltende Prozesslandkarte verabschiedet. Diese dient als Grundlage für den Aufbau des Prozessmanagement-Systems und gibt allen Beteiligten einen Überblick über die Prozesse. Es werden die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Prozessen sichtbar gemacht und die Prozesse können somit auch effizienter gestaltet werden.

Die Prozesslandkarte der Triaplustherapie ist gegliedert in die 3 Ebenen

- Managementprozesse
- Kernprozesse
- Supportprozesse

Sie sind die Hauptprozesse und definieren die erste Ebene der Prozesslandkarte. Auf der zweiten Ebene werden die Teilprozesse oder auch Subprozesse dargestellt. Sie definieren den Inhalt des jeweiligen Hauptprozesses und bilden die Nahtstelle zur nächsten Teilprozess.

CIRS und Vigilance

Die Standorte der Triaplustherapie AG hatten schon vor der Gründung der Triaplustherapie AG bereits CIRS und Vigilance Meldesysteme, welche jedoch unterschiedlich ausgeprägt sind und auf verschiedenen Systemen bzw. teilweise nur in Papierform zur Verfügung standen. Die Systeme werden nun zu einem einheitlichen System für die gesamte Triaplustherapie AG konsolidiert.

CIRS System (Critical Incident Reporting System)

Das CIRS System ist eines der wichtigsten Instrumente zur Erkennung von Risiken, Fehlern und kritischen Ereignissen und deren auslösenden Faktoren. Mittels CIRS Meldungen werden sicherheitsrelevante Ereignisse, die oftmals durch vielschichtige und arbeitsteilige Abläufe begünstigt werden, erkennbar. Eine systematische Analyse bildet die Grundlage für die Entwicklung präventiver Massnahmen. CIRS trägt dazu bei, unerwünschte Ereignisse zu reduzieren und aus ihnen zu lernen.

2018 entwickelte die Triaplustherapie AG ein einheitliches CIRS Tool mit einem entsprechenden Detailkonzept. Das Tool wird ab Juni 2019 allen Mitarbeitenden der Triaplustherapie AG zur Verfügung stehen.

Vigilance Meldesystem

Das Heilmittelgesetz (HMG) sowie die Medizinprodukteverordnung (MepV) verpflichten Health Care Professionals, schwerwiegende Vorkommnisse mit Heilmitteln bzw. Medizinprodukten an Swissmedic zu melden (Art. 59 HMG und Art. 15, MepV). Mit dem Meldesystem soll die Gesundheit der Patienten und Anwender geschützt werden. Insbesondere sollen mit dem Meldesystem wiederholte ähnlich gelagerte Zwischenfällen vermieden werden, welche auf Problemen mit der Auslegung, Herstellung oder Anwendung von Medizinprodukten bzw. Arzneimitteln beruhen.

2018 entwickelte die Triaplust AG ein einheitliches Vigilance Meldesystem mit dazugehörendem Konzept, welches ab Juni 2019 allen Mitarbeitenden zur Verfügung stehen wird.

Hotellerie

Die Arbeitsprozesse in der Küche der Klinik Zugersee wurden überprüft und in der Folge ein partieller Küchenumbau initialisiert, welcher im Mai 2019 realisiert wird.

Suizidprävention

In der Prävention, Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen ist die bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema der Suizidalität von zentraler Bedeutung. Sowohl im ambulanten und stationären Setting, aber auch in Notfallsituationen ist ein verlässliches, differenziertes und praktikables Vorgehen erforderlich, um Suizidalität zu erkennen, einzuschätzen und angemessen zu behandeln sowie eine langfristige Prävention zu etablieren. In der Triaplust AG existierten verschiedene Dokumente, Handlungsanweisungen und Prozesse zur Risikoeinschätzung von Suizidalität, zur Suizidprävention wie auch zum Umgang mit suizidalen Handlungen und der Betreuung von Patienten, Angehörigen und Behandlungsteams nach Suizidversuchen und erfolgten Suiziden. Es gab keine spezifische Regelung an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Ein interdisziplinäres Projektteam, bestehend aus Vertretern der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche der Triaplust AG entwickelte das Konzept der Suizidprävention. Dies richtet sich an alle ärztlichen, psychologischen, fachtherapeutischen und pflegerischen Mitarbeitenden der Triaplust AG und dient als Grundlage für die therapeutische Arbeit und Prävention mit suizidgefährdeten Patienten. Die Umsetzung dieses Konzeptes erfolgt phasenweise, zunächst in der Klinik Zugersee dann in allen ambulanten Diensten der Triaplust AG.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Überprüfung der Stationskonzepte Klinik Zugersee

Die Überprüfung aller Stationskonzepte der Klinik Zugersee findet bis Ende 2019 statt. Dabei sollen Strukturen vereinheitlicht und Aufgaben / Kompetenzen und Verantwortung verbindlich geregelt werden. Die Mitarbeitenden werden bis Ende 2019 informiert und instruiert.

Gefahrenermittlung

Die gesetzlich vorgegebene Gefahrenermittlung anhand der Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ist für die gesamte Triaplan AG bis Ende 2019 erfolgt. Die daraus resultierenden Massnahmen liegen der Geschäftsleitung vor.

Kaderweiterbildung

Ein Grobkonzept Kader-Weiterbildung der Triaplan AG wird 2019 von einer Arbeitsgruppe bestehend aus GL- und HR- Mitgliedern erstellt. Die erste Kader-Weiterbildung soll 2019 erfolgreich abgeschlossen werden.

Grundlagenpapier Kommunikation

Ein Grundlagenpapier Kommunikation soll bis Mitte 2019 erarbeitet und eingeführt werden. Alle Mitarbeitenden sollen informiert und gemäss ihren Kompetenzen geschult werden.

Elektronisches Patientendossier (EPD) im stationären Bereich

Die Stammgemeinschaft, über welche der Datenaustausch für das elektronische Patientendossier läuft, ist bestimmt. Der Prozess für das EPD erarbeitet und definiert. Die Umsetzung und die damit verbundene Schulung der beteiligten Mitarbeitenden ist bis Anfang April 2020 abgeschlossen.

Zuweisung- und Aufnahmeprozesse Triaplan

Der Prozess ist zu 100% beschrieben und im QM Handbuch integriert. Die beteiligten Mitarbeitenden sind bis Ende 2019 geschult.

Austrittsprozess

Der Prozess ist bis Ende März 2020 zu 100% beschrieben und im QM Handbuch integriert. Die beteiligten Mitarbeitenden sind bis April 2020 geschult.

Tarpsy-Prozess im stationären Bereich

Die Erfassungen sowie die Erfassungsgrundlagen für eine effiziente Tarpsy-Kodierung bis zur Abrechnung sind erarbeitet und etabliert. Die Zuständigkeiten definiert. Die Abläufe und die Zuständigkeiten sind den beteiligten Mitarbeitenden bekannt. Schulungsunterlagen bereitgestellt.

Vorabklärung Behandlungsangebot ADO

Die Vorabklärungen einer stationären Abteilung für junge Erwachsene an der Klinik Zugersee sind Ende 2019 abgeschlossen und liegen der Geschäftsleitung als Entscheidungsgrundlage vor.

Pool Konzept Pflege

Das Pool Konzept der Pflege ist erstellt, Mitarbeitenden der Pflege informiert und instruiert. Der KVP fließt in das Pool Konzept ein.

Telekommunikation

Die Kostenschätzungen für die Migration der Telefonie-Infrastruktur an sämtlichen Standorten von Triaplan AG sind erstellt. Die Ausschreibungsunterlagen liegen vor. Die Evaluation von Telefon-Systemanbietern ist erfolgt, ein Anbieter ermittelt und das weitere Vorgehen geplant.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Patientenbefragungen im ambulanten Bereich

4.3 Durchführung von zusätzlichen spitaleigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheitsbefragung der Ambulanten Dienste Uri, Schwyz und Zug ▪ Patientenzufriedenheitsbefragung der Tagesklinik Uri
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzvorfälle Klinik Zugersee
<i>Wundliegen</i>
▪ Dekubitusrate Klinik Zugersee
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Beurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Prozess- und Dokumenten-Management

Ziel	Ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem für die Triaplust AG ist bis Ende 2022 aufgebaut und implementiert.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Triaplust AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 - 2022
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Einheitliche Prozessgestaltung für die gesamte Triaplust AG
Methodik	Kollaboratives Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Alle Bereiche und Berufsgruppen der Triaplust AG
Evaluation Aktivität / Projekt	Etappenweiser Aufbau der verschiedenen Prozesse Meilenstein-Berichterstattung
Weiterführende Unterlagen	können bei der Leitung Qualitätsmanagement

ISO Zertifizierung

Ziel	Bis Ende 2022 sind alle Bereiche der Triaplust AG ISO zertifiziert
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Standorte der Triaplust AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 - 2022
Begründung	Standardisierte Prozessgestaltung nach internationalen etablierter Norm
Methodik	Kollaboratives Projektmanagement, Lean Management
Involvierte Berufsgruppen	Alle Bereiche und Berufsgruppen der Triaplust AG
Evaluation Aktivität / Projekt	ISO Zertifizierung Klinik Zugersee 2020 ISO Zertifizierung gesamte Triaplust AG bis Ende 2022 Meilensteinberichte während der Projektarbeit
Weiterführende Unterlagen	ISO Norm 9001:2015

Tarpsy Projekt

Ziel	Tarpsy Anforderungen sind vollumfänglich umgesetzt
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik Zugersee
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Klinik Zugersee rechnet ihre stationären Leistungen seit 2018 mit dem neuen Tarfsystem Tarpsy ab. Um die Anforderungen stärker zu verankern sowie die Weiterentwicklung zu gewährleisten, wurde das Projekt initiiert.
Methodik	Kollaboratives Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Pflege, Therapeuten, Psychologen, Kodierung, Rechnungswesen, Patientenadministration
Evaluation Aktivität / Projekt	Betriebskonzept
Weiterführende Unterlagen	Tarpsy Grundlagen, Swiss DRG

Suizidrisikoprävention

Ziel	Erkennen, Behandeln, Prävention von suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Triaplust AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 - 2021
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Suizidprävention innerhalb der Triaplust AG richtet sich an Patienten und Angehörige sowie an Mitarbeiter zu deren Unterstützung im professionellen Umgang mit Suizidalität im klinischen Alltag
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Psychologen, Therapeuten, Pflege, Seelsorge, Sozialdienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Meilensteinberichte

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

Alle Standorte der Triaplust AG hatten bis anhin ein eigenes CIRS. 2018 wurde ein einheitliches Tool entwickelt, welches allen Mitarbeitenden der Triaplust AG ab 3. Juni 2019 zur Verfügung steht. Die Schulungen aller Mitarbeitenden ist obligatorisch. Alle neueintretenden Mitarbeitenden werden an obligatorischen Einführungsterminen für das CIRS Meldesystem geschult.

4.5 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.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
Med. Stat. Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2018

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Klinik Zugersee	2010	2018	nächstes Audit über die gesamte Triaplus AG 2023
Heilmittelspektion	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Zug/Kinder- und Jugendpsychiatrie Zug	2005	2014	nächste Inspektion 14. Mai 2019
Heilmittelspektion	Klinik Zugersee	2003	2015	nächste Inspektion Herbst 2019
Heilmittelspektion	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz-Goldau	2008	2018	
Heilmittelspektion	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri	2017	2017	
Heilmittelspektion	Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwyz-Goldau/Uri	2014	2014	
Amtliche Qualitätsbescheinigung für Lebensmittelsicherheit	Klinik Zugersee	2008	2017	20.05.2019
Visitation ärztliche Weiterbildungsstätte SIWF/ FMH/ISFM	Kinder- und Jugendpsychiatrie SZ/Uri	2014	2018	mit Zertifikat der SIWF nach WBO
Visitation ärztliche Weiterbildungsstätte	Klinik Zugersee	2016	2018	Juli 2019
Visitation ärztliche Weiterbildungsstätte	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Zug	2009	2009	mit Zertifikat der SIWF nach WBO - nächste Visitation 22.01.2019
Visitation ärztliche Weiterbildungsstätte	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz	2018	2018	mit Zertifikat der SIWF nach WBO
Visitation ärztliche Weiterbildungsstätte	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri	2018	2018	mit Zertifikat der SIWF nach WBO

Lebensmittelkontrolle durch Labor Veritas	Klinik Zugersee - Klinikküche - Restaurationen - Stationsküchen	2011	2018	findet 2xjährlich statt
Heilmittelinspektion	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz (Lachen)	2008	2008	nächste Inspektion 27. Juni 2019
Heilmittelinspektion	Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwyz Lachen	2011	2011	

Bemerkungen**ISO Norm 9001:2015**

Es wird für die Klinik Zugersee die ISO Zertifizierung nach der Norm 9001:2015 bis Ende 2020 sowie für die gesamte Triaplust AG bis Ende 2022 angestrebt.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse 2018 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten**Befragungsergebnisse 2017 Klinik Zugersee**

Rücklaufquote Klinik Zugersee: 28.8% (Mittelwert CH gleicher Kliniktyp 23,4%)

Bewertung

1 (schlechteste Bewertung) - 5 (beste Bewertung)

Risikoadjustierte Resultate

Fragen	Mittelwert Klinik Zugersee	Mittelwert CH (gleiche Kliniktyp)
Qualität der Behandlung in der Klinik	3.64	3.55
Möglichkeit Fragen zu stellen	4.16	4.15
Verständliche Antworten	3.99	4.07
Verständliche Information zur Medikation	3.74	3.71
Einbezug in Entscheidung des Behandlungsplans	3.86	3.89
Vorbereitung Klinikaustritt	4.01	3.91

Die Ergebnisse werden in einem interdisziplinären Fachgremium analysiert und bewertet. Die daraus resultierenden Massnahmen definiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung der Ambulanten Dienste Uri, Schwyz und Zug

Patientenzufriedenheitsbefragung 2018 Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri, Schwyz und Zug

Im Umfeld eines verschärften Wettbewerbs als auch der sich ergänzenden Dienstleistungsangebote im Gesundheitswesen haben Patientenumfragen einen grossen Stellenwert. Die postulierte Kundenorientierung verlangt nach Transparenz bezüglich Kundenzufriedenheit und dem Ausweisen von messbaren, qualitätssichernden Daten - auch in der ambulanten psychiatrischen Behandlung.

Messbare und vergleichbare Daten wurden wie schon 2010 mit dem **Befragungsinstrument PoC18** (*Perception of Care Survey* mit 18 Items, McLean-Fragebogen1) erhoben. Der zweite Benchmark der „Ambulanten Psychiatrie Schweiz“ wurde 2014 von 7 kantonalen psychiatrischen Diensten und insgesamt 21 Ambulatorien mittels Patientenbefragung erhoben.

Die dem PoC18-Fragebogen zugrundeliegenden 18 Grundfragen wurden einzeln erfasst, ausgewertet und danach in Relation mit den anderen teilnehmenden Institutionen gebracht. Der Heterogenität der Institutionen, deren unterschiedlichen Strukturen, wurde Rechnung getragen.

Ziel ist die stetige Weiterentwicklung und die Verbesserung. Die Resultate werden analysiert und bewertet. Die daraus abgeleiteten Verbesserungsaktivitäten werden definiert und fliessen in die Behandlungs- bzw. Prozessqualitätsverbesserungen ein.

Diese Patientenbefragung haben wir vom April bis Juni durchgeführt.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2022.

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Zug

Einschlusskriterien: Alle ambulanten Patientinnen und Patienten, welche im Befragungszeitraum behandelt waren.

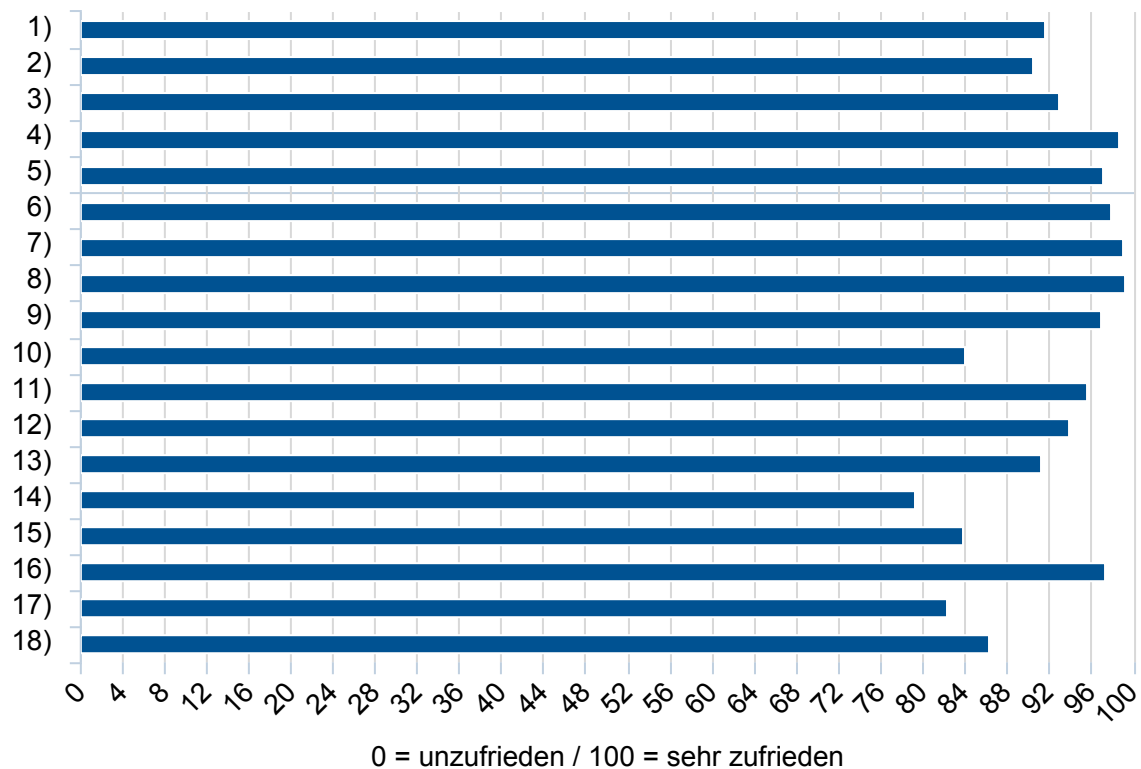
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Haben Sie auf Ihre Anfrage innert nützlicher Frist einen Beratungs- oder Behandlungstermin bei uns erhalten?
- 2) Wurde Ihnen eine behandelnde Fachperson zugeteilt, die Ihren Bedürfnissen entsprach?
- 3) Werden Sie höflich und mit Respekt behandelt, wenn sie anrufen oder unseren Dienst besuchen?
- 4) Wie lang ist Ihre durchschnittliche Wartezeit, wenn Sie einen Termin haben?
- 5) Auf Ihre telefonische Anfrage hin: Wie lange dauert es durchschnittliche, bis die behandelnde Fachperson Sie zurückruft?
- 6) Erklärt Ihnen die behandelnde Fachperson alles so, das Sie es gut verstehen?
- 7) Wird Ihnen gut zugehört?
- 8) Behandelt Sie die zuständige Fachperson mit Würde/Respekt?
- 9) Werden Sie in der Behandlung unterstützt, wird Ihnen Sicherheit gegeben?
- 10) Wurden Sie über Möglichkeiten zur Selbsthilfe informiert?
- 11) Konnten Sie sich an Behandlungsentscheidungen ausreichend beteiligen?
- 12) Wie wurde Ihre Familie in die Behandlung mit einbezogen?
- 13) Wurden Sie über die Vorteile und Risiken Ihrer Medikamente aufgeklärt?
- 14) Hat man Ihnen gesagt, was Sie in einem Notfall (z.B. in einer Krisensituation) tun müssen?
- 15) Wie sehr hat Ihnen die Behandlung bei uns geholfen?
- 16) Sind die Räumlichkeiten, in denen die Behandlung und die Gespräche stattfinden sauber, angenehm und bequem?

17) Was ist Ihr Gesamturteil über die Behandlung, die Sie bei uns erhalten haben?

18) Würden Sie diesen Dienst einem Verwandten, einem Freund oder einer Freundin, welche eine Beratung oder eine psychiatrische Behandlung brauchen, empfehlen?



■ Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug	91.60	90.40	93.00	98.60	97.20

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug	98.00	99.10	99.20	97.00	84.00

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug	95.70	94.00	91.20	79.20	83.80

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	16)	17)	18)		
Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug	97.30	82.40	86.40		80.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ambulanten Dienste Uri, Schwyz und Zug erhielt bei der Gesamtzufriedenheit eine Bewertung, welche deutlich besser ist als der Mittelwert aller anderen teilnehmenden Dienste im Vergleich.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	CareMetrics
Methode / Instrument	POC(-18)

5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung der Tagesklinik Uri

Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik Uri

Patientenzufriedenheitsbefragungen sind ein unentbehrliches Instrument für die Weiterentwicklung einer Dienstleistung am Patienten. So können Rückmeldungen von Patienten zur Optimierung von Prozessen dienen, aber auch weitere Bedürfnisse der Patienten nach neuen Angeboten usw. erfragt und ausgebaut werden.

Die Tagesklinik Uri hat sich zum Ziel gesetzt, die Zufriedenheit ihrer Patienten zu erfragen und hat aus diesem Grunde ein eigenes Instrument entwickelt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Tagesklinik Uri

Der Patientenzufriedenheitsfragebogen der Tagesklinik Uri umfasst acht spezifische Fragen.

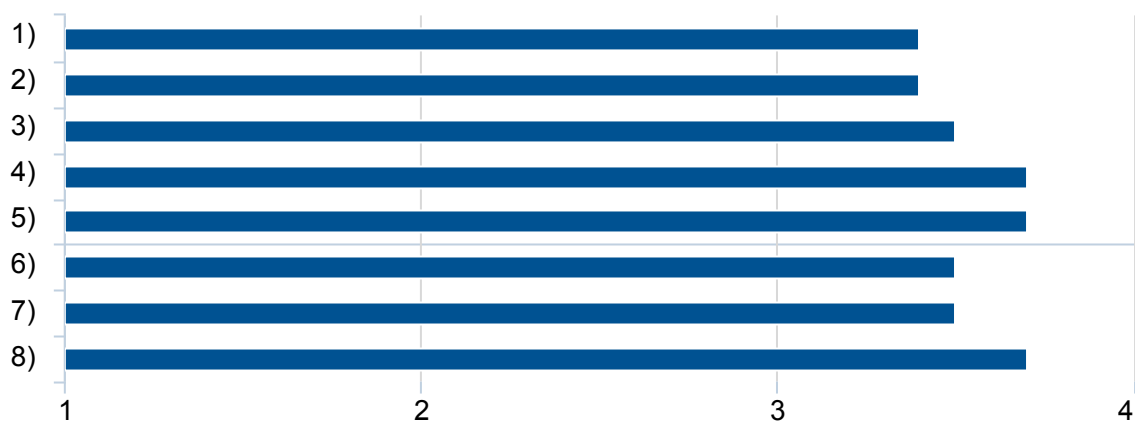
Die Befragung ist für die Patienten freiwillig und anonymisiert, was bedeutet, dass sich kein Rückschluss auf ihre Identität nachvollziehen lässt. Die Patienten können pro Frage ihre persönliche Einschätzung und Erfahrungen unter vier Antwortmöglichkeiten abgeben.

Die Befragung läuft kontinuierlich von Januar – Dezember des jeweiligen Jahres und wird dem Patienten vor Austritt ausgehändigt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?
- 2) Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?
- 3) In welchem Masse hat unsere Tagesklinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?
- 4) Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Tagesklinik empfehlen, wenn er/sie eine
- 5) Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?
- 6) Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihrem
- 7) Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und
- 8) Würden Sie wieder in unsere Tagesklinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?



1 = minimale Zufriedenheit / 4 = maximale Zufriedenheit

■ Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug	3.40	3.40	3.50	3.70	3.70

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)		
Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug	3.50	3.50	3.70	24	56.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten die Tagesklinik Uri und die Betreuung empfunden haben.

Dies ermöglicht es der Tagesklinik Uri, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Der Gewinn ist ein gemeinsamer, wechselseitiger Lernprozess und Zuwachs an Erfahrung, was letztlich wiederum den Patienten zu Gute kommt.

Gesamthaft kann gesagt werden, dass die Tagesklinik Uri vor allem bei den Fragen - der Weiterempfehlung an Freunden / einer erneuten Wiederbehandlung und bei der Frage / dem Ausmass der Hilfe, welche sie während der Behandlung erhalten haben - einen sehr hohem Wert von 3.7 oder eine 92.5%-ige Zufriedenheit erhalten haben.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug

Sekretariat CEO

Judith Satter-Andermatt

CEO Sekretärin

via Zentrale : 041 726 33 00

judith.satter@triaplust.ch

Mo bis Do

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Icommit Swiss Arbeitgeberaward

Fragen zu den Bereichen

Struktur
Kultur
Führung
Anreize
Wissenstransfer
Commitment mit dem Arbeitgeber

10-stufige Skala von 1 = 'stimme überhaupt nicht zu' bis 10 = 'stimme voll und ganz zu'

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Gesamte Triaplus AG

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Icommit
Methode / Instrument	Icommit Mitarbeiterbefragung

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Mecon Zuweiserbefragung

Gemessen wird die Zufriedenheit der Zuweiser mit

Leistungsspektrum (3 Fragen)
Organisation der Institution (4 Fragen)
Einweisungsprozess (6 Fragen)
Zusammenarbeit (8 Fragen)
Berichtswesen (6 Fragen)
Patienten / Image (10 Fragen)

5-stufige Skala von 'ja sehr' bis 'nein gar nicht'

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Zuweiserbefragung

Behandlungsqualität

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzvorfälle Klinik Zugersee

Alle Stürze werden erfasst. Zu jedem Sturz werden der Hergang sowie die Rahmenbedingungen (z.B. Schuhwerk, Tätigkeit unmittelbar vor dem Sturz usw.) dokumentiert.

Ziel ist es, durch geeignete Massnahmen eine gute Sturzprophylaxe zu erreichen und für die Patientinnen und Patienten das Risiko von Verletzungen zu reduzieren.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Stürze werden auf allen Abteilungen der Klinik Zugersee dokumentiert.

Alle hospitalisierte Patienten der Klinik Zugersee, es gibt keine Ausschlusskriterien.

2018 verzeichnete die Klinik Zugersee insgesamt 86 Stürze.

Die Klinik Zugersee weist einen Wert von **1.74** (im Vergleich zu 1000 Pflegetagen). Der Benchmark liegt zwischen **2.3 - 9** Stürzen auf 1000 Pflegetage.

Quelle: Enloe et al. (2005)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der überwiegende Teil der dokumentierten Stürze waren ohne oder mit nur geringen Folgen oder Verletzungen, es gab keine Stürze mit schwerwiegenden Folgen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubitusrate Klinik Zugersee

Neu erworbene oder im Aufenthalt verschlimmerte Dekubiti (Wundliegen) werden in der Klinik Zugersee erfasst und dokumentiert. Ziel der Messung ist es, durch geeignete Massnahmen das Risiko des Auftretens eines Dekubitus oder der Verschlechterung eines bestehenden Befundes zu minimieren.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Messungen finden auf allen Abteilungen der Klinik Zugersee statt. Gemessen werden neu aufgetretene oder im Aufenthalt verschlimmerte Dekubiti

Alle hospitalisierten Patienten der Klinik Zugersee, es gibt keine Ausschlusskriterien.

2018 sind bei 3 Patienten ein neuer Dekubitus während der Hospitalisation entstanden.

Die Inzidenzrate Dekubitus in der Klinik Zugersee liegt somit bei **0.21%**.

Die nationale Prävalenzrate Dekubitus liegt bei 4.3%.

Würde die Dekubitus-Kategorie 1, die am häufigsten vorkommende nicht berücksichtigt, sinkt die Rate auf 1.8%.

(Quelle: Gehrlach et al 2008)

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Datenqualität der Freiheitseinschränkenden Massnahmen können abschliessend nicht als plausibel gedeutet werden, da es bei der Datenlieferung Schnittstellenprobleme gab, welche bereits behoben wurden.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Freiheitseinschränkende Massnahmen werden nur angewendet, wenn alle anderen Behandlungsoptionen ausgeschöpft wurden. Es ist uns ein grosses Anliegen, die Autonomie und Selbstbestimmung unseren Patientinnen und Patienten zu bewahren und zu gewährleisten.

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2014	2015	2016	2017
Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	8.02	8.66	8.02	7.79
Standardabweichung (+/-)	6.53	6.24	6.13	6.08
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	8

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2014	2015	2016	2017
Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie, Uri, Schwyz und Zug				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	33.15	33.36	33.08	35.65
Standardabweichung (+/-)	34.82	30.60	34.16	32.54
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	0.67

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Patientinnen und Patienten der Klinik Zugersee beurteilen bei Austritt eine deutliche Verbesserung ihres Gesundheitszustands (Verbesserung der Symptomatik - BSCL) als bei Eintritt. Die Behandler sind mit ihrer Bewertung der Symptomverbesserung zwischen Eintritt und Austritt etwas kritischer. Wichtig ist jedoch, dass sich unsere Patientinnen und Patienten nach der stationären Aufenthalt sich gesünder fühlen.

Unser Ziel ist es uns stets zu verbessern und weiterzuentwickeln. Die Behandlungsqualität wird laufend überprüft und optimiert. Es finden diverse Schulungen unserer am Patientenbehandlung beteiligten Mitarbeitenden statt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Beurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Weiterbildung: Beurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung SIWF/FMH

Anhand der acht Dimensionen (Globalbeurteilung, Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Fehlerkultur/ Patientensicherheit, Entscheidungskultur, Betriebskultur, Evidence based medicine) werden die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte über die Qualität der Triaplus AG durch ein externes Institut befragt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Zug Klinik Zugersee

Es wurden nur Fragebogen von Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung berücksichtigt, die länger als zwei Monate (zum Zeitpunkt der Befragung) an Ihrer WBS tätig waren. Bei weniger als vier Fragebogen pro WBS wurden zudem nur diejenigen Fragebogen berücksichtigt, bei denen das Einverständnis für eine Rückmeldung gegeben wurde.

Resultate

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz

Fragen	Mittelwert	Mittelwert
	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz	Vergleichsgruppe
Globalbeurteilung	6.0	5.0
Fachkompetenz	5.8	5.0
Lernkultur	5.6	5.0
Führungskultur	6.0	5.1
Fehlerkultur/Patientensicherheit	6.0	5.1
Entscheidungskultur	6.0	5.3
Betriebskultur	6.0	5.1
Evidence based medicine	4.8	4.1

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri

Fragen	Mittelwert	Mittelwert
	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Uri	Vergleichsgruppe
Globalbeurteilung	5.9	5.6
Fachkompetenz	5.6	5.4
Lernkultur	5.7	5.5
Führungskultur	5.9	5.7
Fehlerkultur/Patientensicherheit	5.9	5.5
Entscheidungskultur	5.9	5.8
Betriebskultur	6.0	5.7
Evidence based medicine	4.1	4.6

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Zug

Fragen	Mittelwert	Mittelwert
	Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Zug	Vergleichsgruppe
Globalbeurteilung	4.7	5.0
Fachkompetenz	5.0	5.0
Lernkultur	5.3	5.0
Führungskultur	4.6	5.1
Fehlerkultur/Patientensicherheit	5.1	5.1
Entscheidungskultur	5.6	5.3
Betriebskultur	5.2	5.1
Evidence based medicine	4.0	4.1

Klinik Zugersee**Fragen****Mittelwert**

Klinik Zugersee

Mittelwert

Vergleichsgruppe

Globalbeurteilung

4.9

4.8

Fachkompetenz

5.0

4.9

Lernkultur

5.0

4.8

Führungskultur

4.8

4.9

Fehlerkultur/Patientensicherheit

4.9

4.9

Entscheidungskultur

5.2

5.3

Betriebskultur

5.0

4.9

Evidence based medicine

4.4

4.0

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse werden analysiert und bewertet. Die daraus abgeleiteten Massnahmen definiert, welche dann direkt in den Ausbildungen der Assistenzärztinnen sowie Assistenzärzte einfließen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ETH Zürich

Methode / Instrument

Consumer Behavior (IED)

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Qualitätssicherungssystem Apotheke Klinik Zugersee

Ausgangslage

Für die Bewilligung zur Führung einer Klinikapotheke benötigt es ein Qualitätssicherungssystem (QSS), welches den gesetzlichen Voraussetzungen der Detailhandelsbewilligung HMG § 10 Abs. 3 und § 11 Abs. 1 entspricht.

Ziel

Reorganisation des Apotheken-Prozesses bis Ende Juni 2019 nach den nationalen und kantonalen gesetzlichen Vorgaben (HMG, HMGV etc.). Die Auflagen zur Betriebsbewilligung der Heilmittelkontrolle sind erfolgreich umgesetzt und alle beteiligten Mitarbeitenden sind bis Ende 2019 geschult.

Das QSS Apotheke ist in der Klinik Zugersee implementiert und wird fortlaufend auf Aktualität überprüft und Verbesserungen eingeleitet.

Projektablauf

1. Initialisierung
2. Erhebung
3. Analyse / Gefahren- und Risikobewertung
4. Lösungsentwicklung
5. Bewerten der Lösung
6. Umsetzung

Involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Apotheken-Mitarbeitende, Technik, Reinigung, Hygiene, Informatik, Psychologen

Stand der Umsetzung

Die Projektarbeit verläuft wertschätzend und zielorientiert. Es wurde der IST- Zustand eruiert und ein SOLL-Konzept unter Einbezug von Fachexperten wie beispielsweise den Konsiliar-Apotheker entwickelt. Das QSS Apotheke der Klinik Zugersee wird per Ende Juni 2019 mit allen dazugehörenden Dokumenten und Abläufen abgeschlossen sein. Diverse Schulungen haben bereits im Mai 2019 gestartet und sollten bis Ende 2019 ebenfalls erfolgreich umgesetzt sein.

Im Herbst 2019 die Inspektion der Heilmittelkontrolle des Kantons Zug stattfinden.

Evaluation

Die Evaluation des Projektes QSS Apotheke wird 2020 erfolgen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Evaluation Integriertes Managementsystem

Ausgangslage

Die Triaplust AG hat den Auftrag, im Konkordatsgebiet – Uri, Schwyz und Zug, eine integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Geschäftsleitung der Triaplust AG legt fest, dass zur Koordination und Umsetzung der jährlichen gesetzlich vorgegebenen Ergebnismessungen, auch ein ganzheitliches QM-System mit einem systemischen Ansatz für alle Bereiche aufzubauen ist. In seiner Struktur orientiert sich das QM-System an der ISO Norm 9001:2015.

Ziel

Die Evaluation eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems für die Triaplust AG ist bis Ende 2018 abgeschlossen.

Projektablauf - Auswahlhilfe mit Wertanalyse

Die Wertanalyse dient zur Auswahl der geeigneten Software. Die für uns wichtigen Kriterien bei der Anwendung der Software sind ermittelt und festgelegt. Das Total aller gewichteten Erfüllungsgrade ergibt die Gesamtbeurteilung des Produkts, mit der wir das Produkt objektiv ausgewählt haben.

Involvierte Berufsgruppen

Projektbeteiligte: Leiterin Qualitätsmanagement, Leiter Informatik, CEO Sekretärin

Stand der Umsetzung

Nach der Wertanalyse erfolgte eine Berichterstattung zuhanden der Geschäftsleitung Triaplust AG. Aus Sicht der Wirtschaftlichkeit sowie eines zukunftsorientierten integralen Qualitätsmanagementsystems wurde die Anschaffung des evaluierten Software-Systems von der Geschäftsleitung genehmigt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO Zertifizierung

Ausgangslage

Auf den 1. Januar 2018 wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kantone Uri und Schwyz, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Schwyz sowie die ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kantons Zug und die Psychiatrische Klinik Zugersee von den bisherigen Trägerschaften in der Triaplust AG zusammengeführt. Die Klinik Zugersee hat bis zum Zusammenschluss ein QM-System geführt und wurde nach ISO 9001:2015 zertifiziert.

Ziel

Bis 2022 ist der Aufbau und die Implementierung eines prozessorientierten QM-Systems nach ISO 9001:2015 für alle 10 Standorte sowie die ISO Zertifizierung nach der Norm 9001:2015 erfolgreich abgeschlossen.

Projekttablauf

1. Initialisierung
2. Erhebung
3. Analyse / Gefahren- und Risikobewertung
4. Lösungsentwicklung
5. Bewerten der Lösung
6. Umsetzung

Involvierte Berufsgruppen

alle Berufsgruppen der Triaplust AG unter Einbezug von externe Fachexperten

Stand der Umsetzung

Die Prozesslandschaftskarte inkl. der Teilprozessen wurde für die Triaplust AG erstellt und von der Geschäftsleitung 2018 genehmigt.

Anhand des Projektplans werden die Prozesse der Triaplust AG sukzessive aufgebaut.

Für 2019 sind folgende Prozesse geplant und umgesetzt:

- Anmeldung/Eintritt
- QSS Apotheke
- Tarpsy Prozess

Der Prozess "Austritt/Nachsorge" wird im Frühjahr 2020 erstellt sein.

Die weiteren Prozesse inkl. der Teilprozesse werden wie oben beschrieben anhand des Projektplans aufgebaut.

19 Schlusswort und Ausblick

Ausblick

Das Zusammenwachsen der einzelnen Standorte der Triaplust AG ist noch im Gange und wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Der Kostendruck auf kantonaler sowie nationaler Ebene nimmt stetig zu, im stationären Bereich durch die neue Abrechnungsmethode "Tarpsy" sowie im ambulanten Bereich durch die Tarifierungsanpassungen der Tarmed-Positionen.

Deshalb ist es umso wichtiger die Prozesse innerhalb der Triaplust AG gut aufeinander abzustimmen, um in der Zukunft erfolgreich bestehen zu können. Das Prozess-Redesign verfolgt aber auch das Ziel, den Patientinnen und Patienten weiterhin eine hochstehende Behandlungsqualität über die gesamte Behandlungskette anzubieten.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
FX	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage 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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).