



Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+



Akutsomatik

Geriatriscche Klinik AG
Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter
Ortsbürgergemeinde St.Gallen
Rorschacherstrasse 94
9000 St.Gallen
www.geriatrie-sg.ch

Freigabe am:
durch:

22. April 2014
Robert Etter, Direktor, Vorsitzender der Geschäftsleitung

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	1
	Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	3
B4	Qualitätsentwicklung im kommenden Jahr	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht	5
C2	Kennzahlen 2013	6
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
D4	Zuweiserzufriedenheit	11
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	12
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	12
E1-1	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	12
E1-2	Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik	15
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	16
F1	Infektionen (andere als mit Swisnoso)	16
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	17
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	17
G	Registerübersicht	18
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	19
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	19
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	20
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	21
I	Schlusswort und Ausblick	22

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der Geriatriischen Klinik St. Gallen, wertvolle Informationen liefern zu können.

Die Geriatriische Klinik AG bildet zusammen mit dem Alters- und Pflegeheim Bürgerspital und dem Seniorenwohnsitz Singenberg das Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde St.Gallen.

Das Wohlbefinden unserer Patienten und Bewohner ist das Ziel in der täglichen Betreuung und Pflege. Deshalb verpflichten wir uns zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung, welche wir im Alltag mit standardisierten Abläufen gewährleisten.

Unsere Qualitätsarbeit hat den Anspruch praxisorientiert zu sein und nachweislich Nutzen sowohl für die Patientinnen und Bewohnerinnen, wie auch für die Mitarbeitenden und die Organisation zu bringen.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Grundsatzerklärung**1. Qualität für Menschen**

Am Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter ist der Mensch im Mittelpunkt des Angebots. Das körperliche, seelische und geistige Wohlbefinden betagter Menschen ist das Ziel in der täglichen Betreuung und Pflege. Deshalb verpflichten wir uns zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und -entwicklung, angepasst an unsere spezifischen Bedingungen als ein Geriatrisches Kompetenzzentrum.

Alle Qualitätsprojekte werden interprofessionell erarbeitet und umgesetzt.

2. Interprofessionalität

In unseren Betrieben sind alle Professionen an der Qualitätsarbeit beteiligt. Der Austausch innerhalb der Professionen und professionsübergreifend, bringt eine koordinierte, systemische Bearbeitung von komplexen Prozessen, die eine hohe Koordination und Kooperation der Berufe untereinander verlangt. Die Zusammenarbeit erhöht sowohl die Effektivität wie auch die Effizienz.

3. Nutzen

Bei der Qualität für Menschen geht es uns darum, mit den vorhandenen Mitteln das Richtige zu tun. Unsere Qualitätsarbeit ist praxisorientiert und bringt nachweislichen Nutzen sowohl für unsere Patienten und Bewohner wie auch für die Mitarbeitenden und die Organisation. Die ergriffenen Massnahmen zur Qualitätssteigerung und -sicherung basieren auf den Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

4. Quantifizierung von Qualität

Erfolgreiche Qualitätsentwicklung ist darauf angewiesen, relevante Veränderungen sichtbar zu machen. Wir streben an, messbare quantitative Grössen zur Beschreibung der Qualität abzubilden und gleichzeitig bei der Betrachtung der Ergebnisse den ganzen Menschen als bio-psycho-soziales Wesen zu sehen. Eine Kombination dieser Faktoren bildet die Grundlage für Zukunftsentscheidungen.

5. Visionen

Das Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter arbeitet an einer innovativen und zukunftsgerichteten Entwicklung. Das Qualitätsmanagement ist für uns ein wichtiger Faktor für den langfristigen Unternehmenserfolg und die Attraktivitätssteigerung unserer Betriebe.

6. Projektmanagement

Neben den acht Standards von sanaCERT Suisse werden am Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter zahlreiche weitere Projekte bearbeitet (z.B.: Bildungsmanagement, Geriatrische Behandlungspfade, Gesundheits- und Absenzenmanagement, Arbeitssicherheit, etc.). Im Projektmanagement arbeiten wir mit der Erfassung von Ist- und Sollzustand. Die Voraussetzung für unsere ständige Qualitätssicherung und -verbesserung ist dadurch geschaffen.

7. Zielorientierung

Unsere Projekte durchlaufen den Zyklus der regelmässigen Zielorientierung, Evaluierung und Optimierung. Nur mit dieser Zielorientierung ist eine erfolgreiche Qualitätsentwicklung in unseren drei Betrieben möglich.

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

Priorisierte Qualitätsziele der Geschäftsleitung

Die Geschäftsleitung priorisiert folgende Qualitätszahlen, die unterstützend zu den betrieblichen Kennzahlen für das regelmässige Controlling zugezogen werden: Dekubitus, kritische Zwischenfälle (CIRS), Wünsche & Beschwerden und Sturz.

B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Meilensteine Im Qualitätsmanagement 2013

- ☐ 01/13: Zielerreichungskontrolle QM – 2012
- ☐ 01/13: Aktualisierung des Quality Dashboards
- ☐ 02/13: Qualitätscontrolling 2012 der Geschäftsleitung
- ☐ 04/13: Qualitätsbericht 2012 wird erstellt und im Internet veröffentlicht
- ☐ 04/13: H+ Qualitätsbericht 2012 wird erstellt und auf der Internetseite von H+ veröffentlicht
- ☐ 04/13: Selbstbewertung 2013
- ☐ 09/13: Mitarbeiterinformation QM-Aktuell
- ☐ 09/13: erfolgreich durchgeführtes Überwachungs-Audits
- ☐ 12/13: Verabschiedung der operativen Jahresziele 2014

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Operative Ziele des Qualitätsmanagements 2013

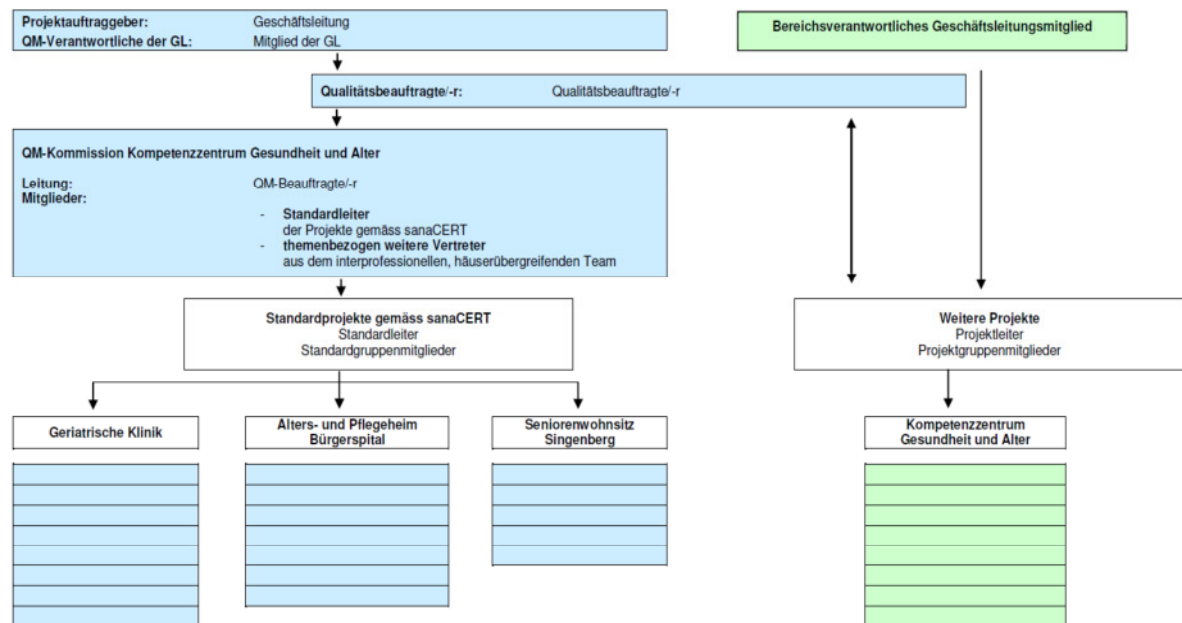
Nr.	Ziel	erfüllt teilweise er- füllt nicht erfüllt	Bemerkung
1	Die acht Standards sind bis zur Re-Zertifizierung ausgearbeitet.	erfüllt	Die nächste Re-Zertifizierung erfolgt im September 2014 und gibt definitiv Auskunft über die Qualität der acht bearbeiteten Standards.
2	Das geplante Überwachungs-Audit ist erfolgreich durchgeführt.	erfüllt	
3	Die Erarbeitung der Grundlagen für das Risikomanagement ist erfolgt.	erfüllt	
4	Das Reporting der QM-Zahlen an die Geschäftsleitung ist weiter verfeinert.	erfüllt	Im Jahr 2013 wurde das regelmässige Qualitätscontrolling der Geschäftsleitung weiter optimiert – Anpassungen in der Frequenz und der Differenziertheit der Daten.
5	Entscheidung, welche Standards in die Routine übergehen und durch andere ersetzt werden, ist getroffen.	erfüllt	Die Entscheidung ist getroffen.
6	Re-Organisation der Qualitätskommission ist entschieden.	erfüllt	Die Qualitätskommission hat sich in der neuen Form etabliert.
7	ANQ-Messungen sind eingeführt.	erfüllt	

B4 Qualitätsentwicklung im kommenden Jahr

Operative Ziele des Qualitätsmanagements 2014

Nr.	Ziel
1	Die acht Standards sind unter Berücksichtigung der Integration aller Betriebe und der Interprofessionalität bis zur Re-Zertifizierung bearbeitet.
2	Erstellte Dokumentation für die Re-Zertifizierung.
3	Erhöhte Durchdringung in allen Standards über alle Bereiche und Betriebe.
4	Formulierte und von der Geschäftsleitung unterzeichnete Stellungnahme der Nachfolgestandards nach der Re-Zertifizierung.
5	Festgelegter Gültigkeitsbereich der einzelnen Standards für die Re-Zertifizierung.
6	Reporting der QM-Zahlen an die Geschäftsleitung ist weiter verfeinert.
7	ANQ-Messungen sind erfolgt.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt:	220 Stellenprozent (Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung 20%, Qualitätsbeauftragte 40%, Standardleiter 10% (x 7 Standardleiter), Standardgruppenmitglieder bis zu 3 % (x 30 Standardgruppenmitglieder)
	zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Vorname, NAME	Telefon	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Claudia LENZ	071 243 88 99	claudia.lenz@geriatrie-sg.ch	Qualitätsbeauftragte
Gabriela BISCHOFBERGER	071 243 88 77	gabriela.bischofberger@geriatrie-sg.ch	Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung

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 → Geriatrische Klinik → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe				
☒ Wir sind ein Kompetenzzentrum mit folgenden Standorten / Betrieben:	und folgendem Angebot:			
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
Geriatrische Klinik	☒	☐	☐	☐
Alters- und Pflegeheim Bürgerspital	☐	☐	☐	☒
Seniorenwohnsitz Singenberg	☐	☐	☐	☒

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Geriatrische Klinik	
☒ Geriatrie (<i>Altersheilkunde</i>)	Geriatrische Klinik	
Palliativmedizin (<i>lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker</i>)	Geriatrische Klinik	
Radiologie (<i>Röntgen und andere bildgebende Verfahren</i>)	Geriatrische Klinik	

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.)
Diabetesberatung	Geriatrische Klinik	
Ergotherapie	Geriatrische Klinik	
Logopädie	Geriatrische Klinik	
Neuropsychologie	Geriatrische Klinik	
Physiotherapie	Geriatrische Klinik	
Psychologie	Geriatrische Klinik	
Psychotherapie	Geriatrische Klinik	
Wundberatung	Geriatrische Klinik	

C2 Kennzahlen 2013

Kennzahlen	Werte 2013	Werte 2012	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten	247	248	Tagesklinik: 95 Memory Klinik: 152
Anzahl stationär behandelter Patienten	1'491	1'505	
Geleistete Pflegetage	29'683	29'747	Stationär: 28'908 Tagesklinik: 2'237
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2013	88	88	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	19.9	18.8	
Durchschnittliche Bettenbelegung	93%	93%	

D Zufriedenheitsmessungen

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

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: Geriatrische Klinik
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		2012
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument	
☐	Picker	Name des Instruments	MECON - Fragebogen Patientenzufriedenheit
☐	PEQ		
☐	MüPF(-27)		
☐	POC(-18)		
☐	PZ Benchmark		
☐	Eigenes, internes Instrument	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
Beschreibung des Instruments			

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Wünsche und Beschwerdestelle
Name der Ansprechperson	Fabiana Venzago
Funktion	Direktionssekretariat
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter Rorschacherstrasse 94 9000 St. Gallen 071 243 88 21 fabiana.venzago@geriatrie-sg.ch Mo-Fr 08:00-12:00 / 14:00-17:00
Bemerkungen	Lob freut uns, Kritik bringt uns weiter. Alle eingegangenen Wünsche und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Zur Erstellung von Statistiken werden sie in einer anonymisierten Form aufgenommen.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Essensangebot, Qualität und Preise in der Cafeteria.	- Angebot in der Cafeteria ist angepasst. - Ausgewogene Mahlzeiten zu angemessenen Preisen.	Geriatrische Klinik	sofort
Bauliche Situation der Geriatrischen Klinik. Mehrere Patienten von mehreren Zimmern müssen sich das WC teilen.	Es sind bereits bauliche Massnahmen eingeleitet worden, es soll jedes Zimmer die eigene Dusche und das eigene WC haben. Mittelfristig sollen durch den Umbau der Geriatrischen Klinik weitere bauliche Mängel behoben werden.	Geriatrische Klinik	Ab 2015

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 Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐ Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .			
Begründung			
☒ Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
☐ Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.			
☒ Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		2010/ 2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Geriatriische Klinik, ausgenommen Tagesklinik und Memory-Klinik. Durchführung der Angehörigenbefragung bei einer selektionierten Patientenpopulation. Bei Patienten mit geringem kognitiven Status.

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☒ Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		2012
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒ Externes Messinstrument			
Name des Instruments	MECON - Fragebogen Angehörigenzufriedenheit	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
☐ Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			

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

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☒	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: 2012	
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	MECON - Fragebogen Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstituts MECON measure & consult GmbH
☐	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

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

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	☐ Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010/ 2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: offen

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☒	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert. 2012	
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

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

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

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☐	☐	☒
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☐	☐	☒
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swisssoso	☐	☐	☒
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☐	☐	☒
Bemerkung			
In der Geriatrischen Klinik werden keine Operationen durchgeführt, deshalb besteht eine Messbefreiung für die Qualitätsmessungen in diesen Bereichen.			

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

E1-1 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung¹ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

¹ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.
Qualitätsbericht 2013
Geriatrische Klinik AG, St. Gallen

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Geriatrische Klinik
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ²
41	In Prozent	69,5%	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		59	Anteil in Prozent (Antwortrate)	78,7%

Dekubitus (Wundliegen)

Ein 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 Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

² Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Geriatrische Klinik
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	8	13,6%
	ohne Kategorie 1	4	6,8%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	5,1%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	3,4%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	4	6,8%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	1	3,4%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Die nächste „Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus“ ist am 11 November 2014 vorgesehen.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		59	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 78,7%

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-2 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

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

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ³ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9,13	8,63 – 9,63	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9,18	8,89 – 9,47	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	9,15	8,72 – 9,58	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9,09	8,72 – 9,49	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9,70	9,49 – 9,42	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcrl AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		109	
Anzahl eingetroffener Fragebogen		45	Rücklauf in Prozent 41,3%
Bemerkung			



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

Messthema	Infektionen (andere als mit Swissnoso)
Was wird gemessen?	Wir messen aufgrund zu geringer Kennzahlen keine Infekte. Der von SwissNOSO anerkannte Surrogatmarker für die Reduktion nosokomialer Infekte ist die Adhärenz Händedesinfektion und die korrekte Durchführung der Einreibemethode einer Händedesinfektion (5 Indikationen/Gelegenheiten nach WHO für Händedesinfektion). Daraus folgend haben wir entschieden, statt nosokomialer Infektionen, die Adhärenz der Händedesinfektion zu erheben.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Adhärenz: 81%	Referenzwert: 77% Quelle: 10 Spitäler und 5 Chronic care facilities der Kantone SG, AA, TG
☐ Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	☐ Sturzrate pro 1000 Pflgetage ☐ Verletzungen pro 1000 Pflgetage ☐ Verletzungsindex ☐ Durch Sturz zugezogene Frakturen pro 1000 Pflgetage ☐ Frakturindex

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse					
Anzahl Stürze total		Anzahl mit Behandlungsfolgen		Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Kompetenzzentrum	727	Kompetenzzentrum	245	Kompetenzzentrum	Sturzrate pro 1000 Pflegtage: 7,60 (Kompetenzzentrum)
Geriatrische Klinik	349	Geriatrische Klinik	99	Geriatrische Klinik	
☐ Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).					

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	☐ Dekubitusrate / 1000 Pflgetage ☐ Anzahl protokollierte Dekubitusfälle total ☐ davon interner Entstehungsort ☐ davon externer Entstehungsort

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	- Geriatrische Klinik - Alters- und Pflegeheim Bürgerspital
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse				
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung		Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Kompetenzzentrum	153	Kompetenzzentrum	62	Dekubitusrate pro 1000 Pflgetage: 0,92 (Kompetenzzentrum)
Geriatrische Klinik	133	Geriatrische Klinik	44	
☐	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
	Begründung			
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			



Registerübersicht

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

☐ **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Registerübersicht⁴

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm		Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter Geriatrische Klinik AG
Bemerkung				

⁴ Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm
Qualitätsbericht 2013
Geriatrische Klinik AG, St. Gallen



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
Grundstandard Qualitätsmanagement SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 2 Erhebung von Patienten- urteilen SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 5 Schmerzbehandlung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Pflegeheim Bürgerspi- tal	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 15 Ernährung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2014		-
Standard 17 Umgang mit Beschwer- den und Wünschen von Patientinnen und Patien- ten SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 25 Palliative Betreuung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Branchenlösung H+	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter		2008	Note 5
Umwelt –Eigenkontrolle Amt für Umwelt und Energie / Kanton St. Gal- len Baudepartement	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter		2012	nachvollziehbar, vollständig beurteilt und akzeptiert

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	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Risikomanagement	Es besteht ein aktuelles und nachvollziehbar dokumentiertes Risikomanagement, das sich an den gesetzlichen Anforderungen orientiert. Dadurch soll: - Eine Sensibilisierung gegenüber „kritischen Erfolgsfaktoren“ stattfinden. - Ein Umgang mit den Schlüsselkriterien geschaffen werden.	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	März 2013 – Dez. 2014
Umsetzung E-Learning Konzept	Ein Konzept zur Umsetzung des E-Learning ist erstellt. Die Wissensbörse steht als Werkzeug für alle Mitarbeitenden frei zur Verfügung und hat 2 wichtige Ziele: - Geführtes Lernen im Lernfenster (E-Learning Snacks). - Problemorientiertes Abfragen und Lernen am Arbeitsplatz dann, wenn das Problem auftritt.	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Jan. 2013 – Dez. 2014
Erhöhung der Medikamentensicherheit	Hauptfehlerquellen in Bezug auf Medikamentenfehler sind identifiziert und bearbeitet.	Geriatrische Klinik	April 2013 – Dez. 2013
Einführung des Delir-Pfades	Schulung der Anwender/-innen und Implementation des Behandlungspfades in der Praxis. - Zur Senkung der Anzahl der schwer verlaufenden Delirien. - Zur höheren Sicherheit im Behandlungsteam bei der Begleitung und Therapie von Menschen mit Delir.	Geriatrische Klinik	Mai 2013 – Sept. 2014

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
☒	Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkung	

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Erhöhung der Medikamentensicherheit	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	- Hauptfehlerquellen in Bezug auf Medikamentenfehler sind identifiziert. - Verbesserungsvorschläge inkl. Umsetzungsszenarien sind ausgearbeitet und formuliert. - Erste Massnahmen zur Reduktion von Medikamentenfehlern sind umgesetzt. - Zahl der Medikationsfehler ist nach der Einführung der Verbesserungsmassnahmen überprüft.	
Beschreibung	Eine Überprüfung und Verbesserung der Arzneimittelsicherheit ist sehr wichtig. Die meisten Patienten werden multimedikamentös behandelt. Während der Beobachtungssequenz 2012 erhielt durchschnittlich jeder Patient der Geriatrischen Klinik 6 Medikamente pro Tag. Trotz einem Schwerpunkt 2012 zur Erhöhung der Medikamentensicherheit in der Geriatrischen Klinik sind die Meldungen von Kritischen Zwischenfällen mit Medikamenten nicht rückläufig.	
Projektablauf / Methodik	Die Hauptfehlerquellen wurden identifiziert, Verbesserungsvorschläge ausgearbeitet und erste Massnahmen umgesetzt und teilweise überprüft. Das Controlling der eingeleiteten Verbesserungsmassnahmen ist noch nicht abgeschlossen.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Alle Abteilungen der Geriatrischen Klinik	
Einsatzgebiet	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Aus den vorgeschlagenen Massnahmen 2012/2013 sind die folgenden 2 noch nicht bearbeitet worden: - Ungestörte Arbeitsatmosphäre beim Richten der Medikamente. - Zeitnahe Medikamentenkontrolle durch die Pflegefachperson, die die Medikamente verteilt. Um diese Beiden Massnahmen zu realisieren wurde für 2014 ein Anschlussprojekt lanciert.	
Weiterführende Unterlagen	Projektvereinbarung 2013.5 – Erhöhung der Medikamentensicherheit GK Projektvereinbarung 2014.1 – Phase 3 Medikamentensicherheit	

Alle unsere Qualitätsbemühungen zielen darauf ab, den Behandlungs- und Betreuungsprozess weiter zu verbessern und dadurch die Sicherheit und die Zufriedenheit der Patienten zu steigern.

Im September 2014 steht uns das Re-Zertifizierungsaudit durch sanaCERT Suisse bevor. Erstmals wird der Standard Ernährung zur Prüfung vorgelegt. Ein Ernährungskonzept wurde interprofessionell ausgearbeitet. Sämtliche Aspekte wie Risikogruppen, Dokumentation, Massnahmen, Schnittstellen und Zuständigkeiten sind darin definiert, beschrieben und geregelt. Die anderen Standards sind bereits gut etabliert.

Die Optimierungspotentiale, die sich im letzten Zertifizierungs-Audit und in den Überwachungsaudits herausgestellt haben, wurden entsprechend bearbeitet. Wir schauen mit Zuversicht der bevorstehenden Überprüfung entgegen.

Verantwortlich für den Qualitätsbericht



Claudia Lenz
Qualitätsbeauftragte
claudia.lenz@geriatrie-sg.ch

Gabriela Bischofberger
Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung
gabriela.bischofberger@geriatrie-sg.ch

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte 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 Akutsomatik (FKQA), 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.spitalinformation.ch nahe zu legen.



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

Siehe auch: www.anq.ch



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 Wissenschaften (SAMW). Die (SAMW) Die Begleitqualitätsmessung der SAMW gehört SAMW-qualitätsbericht und bedarf der weiteren Verbreitung und Verwendung der Strukturvorlage.