GERIATRISCHE KLINIK
ST.GALLEN

# Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am: 27. April 2017
Durch: Robert Etter, Direktor und Vorsitz der Geschäftsleitung

Version 1

**Geriatrische Klinik St. Gallen AG**

**www.geriatrie-sg.ch**

**Akutsomatik**

# 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 2016.

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 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.

## 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 2016

Claudia Lenz
Qualitätsbeauftragte
071 243 88 99
claudia.lenz@geriatrie-sg.ch

# Vorwort von 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 und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / 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. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

# Inhaltsverzeichnis

**Impressum** ... **2**
**Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz** ... **3**
**1 Einleitung** ... **6**
**2 Organisation des Qualitätsmanagements** ... **7**
2.1 Organigramm ... 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 7
**3 Qualitätsstrategie** ... **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 ... 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 ... 9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 9
**4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten** ... **10**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen ... 10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ... 11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte ... 12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ... 17
4.5 Registerübersicht ... 18
4.6 Zertifizierungsübersicht ... 19
**QUALITÄTSMESSUNGEN** ... **21**
**Befragungen** ... **22**
**5 Patientenzufriedenheit** ... **22**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ... 22
5.2 Eigene Befragung ... 23
5.2.1 Patientenzufriedenheit - mecon ... 23
5.3 Beschwerdemanagement ... 25
**6 Angehörigenzufriedenheit** ... **26**
6.1 Eigene Befragung ... 26
6.1.1 Angehörigenzufriedenheitsbefragung - mecon ... 26
**7 Mitarbeiterzufriedenheit** ... **28**
7.1 Eigene Befragung ... 28
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung ... 28
**8 Zuweiserzufriedenheit** ... **29**
8.1 Eigene Befragung ... 29
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit ... 29
**Behandlungsqualität** ... **30**
**9 Wiedereintritte** ... **30**
9.1 Eigene Messung ... 30
9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt ... 30
**10 Operationen**
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
**11 Infektionen** ... **31**
11.1 Eigene Messung ... 31
11.1.1 katheterassoziierte Harnwegsinfekte ... 31
**12 Stürze** ... **32**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz ... 32
**13 Wundliegen** ... **33**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) ... 33
**14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen** ... **35**
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen ... 35

14.1.1 Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen ..... 35
**15 Psychische Symptombelastung**
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.
**16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand**
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.
**17 Weitere Qualitätsmessungen**
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
**18 Projekte im Detail ..... 36**
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ..... 36
18.1.1 Ablösung PEPS durch Polypoint ..... 36
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 ..... 37
18.2.1 PMS Einführung – Kurve, Verlauf und Medikation ..... 37
18.2.2 Umsetzung des Geriatriekonzeptes ..... 37
18.2.3 Inkontinenz ..... 37
18.2.4 Massnahmenmanagement ..... 38
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ..... 39
18.3.1 Grundstandard ..... 39
18.3.2 Infektionsprävention und Spitalhygiene ..... 39
18.3.3 Schmerzbehandlung ..... 39
18.3.4 Kritische Zwischenfälle ..... 40
18.3.5 Mitarbeitende Menschen ..... 40
18.3.6 Ernährung ..... 40
18.3.7 Wünsche und Beschwerden ..... 40
18.3.8 Palliative Betreuung ..... 40
18.3.9 Arbeitssicherheit H+ ..... 41
**19 Schlusswort und Ausblick ..... 42**
**Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ..... 43**
Akutsomatik ..... 43
**Anhang 2**
**Herausgeber ..... 45**

# 1 Einleitung

Das Kompetenzzentrum als Unternehmensgruppe der Ortsbürgergemeinde St. Gallen umfasst drei Institutionen: die Geriatrische Klinik, den Alterswohnsitz Bürgerspital und die Altersresidenz Singenberg.
Das Qualitätsmanagement durchzieht alle drei Häuser. Die Arbeitsweise aller Mitarbeitenden ist durch ein hohes Qualitätsbewusstsein geprägt.

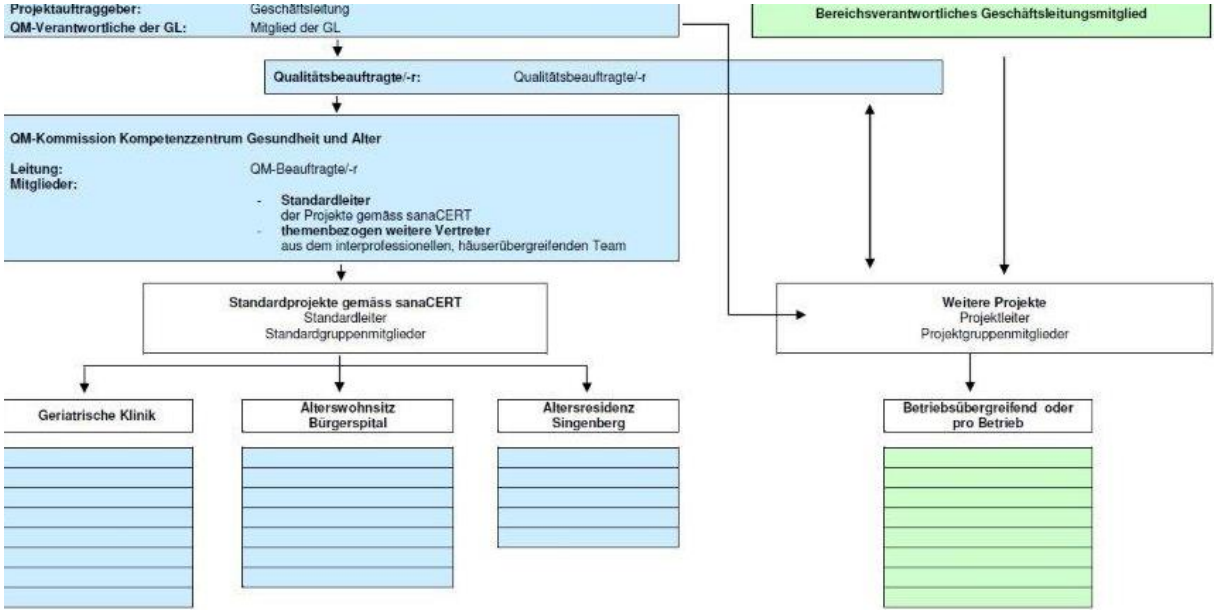
**Qualität bedeutet, das Richtige zu tun, wenn Keiner zuschaut.**
Willy Meurer

Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist das Fundament für eine gute Qualität. Um diese unseren Patienten in fachlicher und menschlicher Hinsicht gewährleisten zu können, arbeiten wir im Alltag mit standardisierten Abläufen. Auf diese Weise wird die Qualität unserer Leistungen systematisch ausgewiesen, messbar gemacht und im ständigen Qualitätskreislauf verbessert. Mit diesem Qualitätsbericht stellt die Geriatrische Klinik die Entwicklungen und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen des vergangenen Jahres dar.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

# 2 Organisation des Qualitätsmanagements

## 2.1 Organigramm




Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **220** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Gabriela Bischofberger
Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung
Geriatrische Klinik St. Gallen AG
071 243 88 77
gabriela.bischofberger@geriatrie-sg.ch

Claudia Lenz
Qualitätsbeauftragte
Geriatrische Klinik St. Gallen AG
071 243 88 99
claudia.lenz@geriatrie-sg.ch

# 3 Qualitätsstrategie

**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.

8. **Kommunikation und Reporting**

Die Mitarbeitenden werden regelmässig über folgende Plattformen über die Arbeit an der Qualität informiert:

- Direkte, zeitnahe und adressatengerechte Information z.B. über Teamsitzungen, Rapporte,…
- Personalzeitung QM-News
- QM-Mitarbeiterinformation QM-Aktuell
- Intranet und Internet

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

## 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Selbstbewertung 2016
- Hygieneinspektion Küche / Amt für Verbraucherschutz und Veterinärwesen
- Umwelt-Eigenkontrolle / Amt für Umwelt und Energie
- Bewohnerzufriedenheitsumfrage / Befragung zur Lebensqualität im Langzeitbereich
- Patientenzufriedenheitsbefragung / Angehörigenzufriedenheitsbefragung in der Geriatrischen Klinik
- Durchführung der ANQ Messungen
- Durchführung des Überwachungsaudits / sanaCERT Suisse

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Die acht sanaCERT Suisse Standards sind unter Berücksichtigung der Integration aller Betriebe und der Interprofessionalität bis zum Überwachungsaudit bearbeitet
- Die Patienten- und Bewohnerzufriedenheitsmessung ist im Kompetenzzentrum durchgeführt, evaluiert und entsprechend sind Massnahmen abgeleitet
- ANQ-Messungen sind evaluiert und in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt
- Das Qualitätscontrolling ist weiter verfeinert und sichergestellt
- Es besteht ein funktionierendes Massnahmenmanagement

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Die acht sanaCERT Suisse Standards sind unter Berücksichtigung der Integration aller Betriebe und der Interprofessionalität bis zum internen Überwachungsaudit zur Re-Zertifizierung bearbeitet.
- Massnahmen aus der Mitarbeiterzufriedenheitsmessung sind evaluiert.
- Massnahmen aus der Patienten- und Bewohnerzufriedenheitsmessung sind umgesetzt und evaluiert.
- ANQ-Messungen sind evaluiert und in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt.
- Das bestehende Massnahmenmanagement ist erprobt, evaluiert und ggf. angepasst.
- Es besteht eine Stellungnahme zu Aufwand und Nutzen im Qualitätsmanagement.
- Im Qualitätsmanagement sind der Bedarf und die Möglichkeiten von Qualitätsschulungen (Standardthemen) für langjährige Mitarbeitende evaluiert und festgelegt.

# 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:** |
|---|
| *Akutsomatik* |
| ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus |

**Bemerkungen**

Für folgende Messungen besteht eine Messbefreiung, da kein entsprechendes Leistungsangebot besteht.

- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- SIRIS Implantatregister

## 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

| **Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:** |
|---|
| *Patientenzufriedenheit* |
| ▪ Patientenzufriedenheit - mecon |
| *Angehörigenzufriedenheit* |
| ▪ Angehörigenzufriedenheitsbefragung - mecon |

| **Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:** |
|---|
| *Wiedereintritte* |
| ▪ Fallzusammenführung bei Wiedereintritt |
| *Infektionen* |
| ▪ katheterassoziierte Harnwegsinfekte |
| *Freiheitsbeschränkende Massnahmen* |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen |

## 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

### Qualitätsmanagement allgemein

| | |
|---|---|
| **Ziel** | kontinuierliche Qualitätsoptimierung in allen Betrieben und Bereichen |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Methodik** | PDCA-Zyklus |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle Berufsgruppen |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Der PDCA-Zyklus entspricht der Methodik der kontinuierlichen Verbesserung |

### Infektionsprävention und Spitalhygiene

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Vermeidung von nosokomialen Infekten |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Methodik** | Anwendung der kantonalen Guidelines und Standards |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionell |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Regelmässige Audits (z.B.: Adhärenz Händedesinfektion) und Controllings (z.B.: Prävention Katheter assoziierte Harnwegsinfektionen) mit entsprechender Massnahmenableitung |

### Schmerzbehandlung

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Effektive Behandlung, die zu einer Behebung oder zumindest Verminderung der Schmerzen führt. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | interprofessionell |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Begründung** | Ein genaues Erfassen des Symptoms Schmerz ist von grosser Bedeutung für die effektive und konsequente Behandlung. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionell |

## Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS)

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Ungewollte oder vermeidbare (kritische) Zwischenfälle, die die Patienten oder Bewohner gefährden aber nicht schädigen, können anonym gemeldet werden. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Begründung** | Durch die Ereignisanalyse und die Systemoptimierung soll eine Verbesserung der Sicherheit und Leistungsqualität für den Patienten, Bewohner und Mitarbeitenden entstehen |
| **Methodik** | Das CIRS-Meldeportal ist eine digitale Plattform für freiwillig und anonym gemeldete Zwischenfälle. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | gesamtes Kompetenzzentrum |

## Mitarbeitende Menschen - Personalpolitik

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Die Personalpolitik beschreibt die Haltung des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter im Umgang mit seinen Mitarbeitenden |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Begründung** | Die Personalpolitik gibt Antwort, wie wir uns den Herausforderungen der Zukunft stellen wollen. |
| **Methodik** | Wir wenden verschiedene Verfahren und Methoden zur Personalentwicklung an. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle Professionen |

## Ernährung - Mangelernährung

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Der Ernährungszustand mangelernährter Patienten und Bewohner am Kompetenzzentrum soll korrekt diagnostiziert, verbessert und/oder erhalten werden. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Begründung** | Mangelernährung im geriatrischen Setting ist ein häufiges und oft unerkanntes Problem. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionell |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Die regelmässige Evaluation von definierten Themenbereichen garantiert die kontinuierliche Weiter-entwicklung. |

## Wünsche- und Beschwerdemanagement

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Im Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter werden systematisch Beschwerden und Wünsche von Patienten / Bewohnern erhoben. Diese werden entgegengenommen, bearbeitet und zur Qualitätsförderung genutzt. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Begründung** | Beschwerden und Wünsche von Patienten / Bewohnern werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt. |
| **Methodik** | systematische Erfassung, Bearbeitung in definierten Fristen, Ableitung von Verbesserungsmassnahmen und Controlling der erfolgten Massnahmen. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle Berufsgruppen |

## Palliative Betreuung - Handlungsempfehlung Sterbephase

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Rahmenbedingungen schaffen, die die Palliative Betreuung bis zum Lebensende in einer sicheren Umgebung ermöglichen. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Begründung** | Gewährleistung der bestmöglichen Lebensqualität der Patienten und Patientinnen und die Achtung der Würde und Integrität. |
| **Methodik** | Die Betreuung und Behandlung wird anhand von vorformulierten Zielen (die die Betreuung umfassend und ganzheitlich beschreiben) geplant, organisiert, durchgeführt und überprüft. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionell |

## Umsetzung des Geriatriekonzeptes

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Umgesetztes Konzept für die stationäre geriatrische Versorgung des Kantons |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Geriatrische Klinik |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | 2005 - 2015 |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionell |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Das Konzept stationäre geriatrische Versorgung des Kantons St. Gallen ist aus Sicht der direkt betroffenen Institutionen eines der besten Modelle geriatrischer Versorgung schweizweit. Viele für die akutmedizinische Versorgung hochbetagter Patientinnen und Patienten relevanten Aspekte sind umgesetzt. Zu erwähnen wäre hier beispielsweise die wohnortnahe Betreuung, die Kombination von akutmedizinischen und rehabilitativen Massnahmen sowie die enge Zusammenarbeit mit Zuweisenden. |

## Erfassen von Patientenurteilen

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Erfassen der Patientenurteile, ableiten und umsetzen von Verbesserungsmassnahmen |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | laufende Bearbeitung |
| **Begründung** | Hohe Zufriedenheit der Patienten und Bewohner erreichen / Erfassen der Urteile / Ableitung von Massnahmen |
| **Methodik** | Messungen durch Interviews und Fragebogen |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Analyse der Resultate, Massnahmen ableiten, Wirksamkeit der Massnahmen evaluieren |

## Bildungsmanagement

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Kompetenzerwerb in den Bereichen Wissen, Können, Haltung |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | interprofessionell |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | Wir gewährleisten die Vermittlung von aktuellem sowie praxisbezogenem Wissen und Können und gewichten dessen Vertiefung und Vernetzung. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionell |

## Arbeitssicherheit

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Aspekte der Arbeitssicherheit überwachen, überprüfen, optimieren, schulen, evaluieren |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle Berufsgruppen |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Die Brandschutzpläne von der Geriatrie wie auch dem Bürgerspital wurden überarbeitet und angepasst. Die Gefahrenermittlung über das ganze Kompetenzzentrum ist durchgeführt und abgeschlossen worden. Viele Massnahmen konnten schnell und einfach behoben werden. Die Ordner „Sicherheitsdatenblätter“ sind geprüft und überarbeitet worden. Die Datenblätter sowie die Gefahrenstoffliste sind auf dem aktuellen Stand. |

## Einführung des elektronischen Patientenmanagementsystems

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Gesamte Papierdokumentation schrittweise durch elektronische Dokumentation ersetzen |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Geriatrische Klinik |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | ab 01.06.2015 - andauernd |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle Berufsgruppen |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Im Rahmen des kantonalen Projekts Patientenmanagementsystem (PMS) wurde die elektronische Dokumentation in der Geriatrischen Klinik weiter ausgebaut. |

## Sturzmeldungen

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Stürze und deren Folgen sind nicht unabwendbar, jedoch können Stürze durch das Erkennen und systematische Beseitigen von Risikofaktoren reduziert werden. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | gesamtes Kompetenzzentrum |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | permanent |
| **Begründung** | Bei jedem Mensch besteht das Risiko, einen Sturz und daraus resultierende Folgen zu erleiden. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen (über 65 Jahre) oder Menschen mit einem veränderten Gesundheitszustand aufgrund einer Erkrankung oder durch ungewohnte Umgebungsfaktoren. |
| **Methodik** | Erfassung von Sturzereignissen im Meldeportal nach anerkannten Vorgaben |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionel |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | regelmässige Überprüfung / Fallbesprechungen / Auswertungen und ableiten von Massnahmen. |

## Inkontinenz

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Behandlungsstandard Beckenbodentherapie |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Geriatrische Klinik |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | 01.03.2015 - 30.04.2016 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Physiotherapie, Ärzte |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Die Inkontinenzbehandlung bei geriatrischen Patienten sowie bei Patienten mit Demenz wurde auf ihre Evidenz untersucht. Die Datenlage wurde erhoben und analysiert um entsprechenden evidenzbasierten Therapiemassnahmen anbieten zu können. Interne Physiotherapie-Schulung über die aus der Analyse der Guidelines erhaltenen Daten und eine interprofessionelle Schulung über die Guidelines und das physiotherapeutische Angebot haben stattgefunden. |

## Massnahmenmanagement

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Das systematische Massnahmenmanagement gewährleistet das vollständige Durchlaufen des Massnahmenkreislaufes mit Planung, Umsetzung, Überwachung, Steuerung. Ergebnisse der Verbesserungen werden überprüft, vernetzt und Massnahmen werden dokumentiert. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | 2014 - 2016 |
| **Begründung** | Der Anspruch ist es, uns durch die entsprechenden Massnahmen ständig zu verbessern und dadurch die Sicherheit und auch die Patienten- / Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit in den 3 Betrieben des Kompetenzzentrums zu erhöhen. |
| **Methodik** | Um nachhaltige Verbesserungsmassnahmen entwickeln zu können, braucht es tiefgehende Analysen eingetretener Ereignisse oder Rückmeldungen. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | interprofessionell |

### 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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2006 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**
Um nachhaltige Verbesserungsmassnahmen entwickeln zu können, braucht es eine tiefgehende Analysen eingetretener Ereignisse oder Rückmeldungen. Das London Protokoll hat sich als sinnvolles Instrument erwiesen, um Zwischenfälle systematisch zu analysieren und die Behandlungssicherheit zu optimieren. Alle Mitglieder der Projektgruppe wurden in der Anwendung des London Protokolls geschult und wurden dadurch befähigt, in erlesenen Fällen diese systematische und zugleich zeiteffiziente Methode zur Analyse anzuwenden.

## 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** |
| **KR SGA**<br>Krebsregister St. Gallen-Appenzell | Alle | krebsliga-sg.ch | 2006 |

## 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** |
| sanaCERT Suisse Grundstandard Qualitätsmanagement | Gesamtes Unternehmen | 2008 | 2014 | -Der Betrieb verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung. - Richtlinien zum Qualitätsmanagement und Qualitätsziele sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich. |
| sanaCERT Suisse Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene | Gesamtes Unternehmen | 2008 | 2014 | -Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich. - Weiterbildungen finden regelmässig statt und werden immer evaluiert. |
| sanaCERT Suisse Standard 5 Schmerzbehandlung | Gesamtes Unternehmen | 2008 | 2014 | -Ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind vorhanden. |
| sanaCERT Suisse Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen | Gesamtes Unternehmen | 2008 | 2014 | Wir leben eine offene Fehlerkultur und lernen aus unseren Fehlern. Hierfür steht uns das Meldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System = Meldesystem für |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | kritische Zwischenfälle) zur Verfügung. |
| SanaCERT Suisse Standard 12 Mitarbeitende Menschen und Spital | Gesamtes Unternehmen | 2017 | 2017 | Mitarbeitende sind das wichtigste Kapital unserer Betriebe. Mit der Bearbeitung des Standards 12 tragen wir dem Rechnung. |
| sanaCERT Suisse Standard 15 Ernährung | Gesamtes Unternehmen | 2014 | 2014 | Viele ältere Menschen zeigen Zeichen der Fehl- bzw. Mangelernährung. Essen ist im Alter ein zentrales Thema und trägt bedeutend zur Lebensqualität bei. |
| sanaCERT Suisse Standard 17 Umgang mit Beschwerden und Wünschen | Gesamtes Unternehmen | 2008 | 2014 | -Beschwerden und Wünsche werden innert festgelegten Fristen bearbeitet und beantwortet. -diese werden statistisch erfasst und ausgewertet. |
| sanaCERT Suisse Standard 25 Palliative Betreuung | Gesamtes Unternehmen | 2008 | 2014 | -Ein Entscheidungsprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt. -Der Umgang mit Patientenvollmachten ist geregelt. |
| Arbeitssicherheit H+ (EKAS) | Gesamtes Unternehmen | 2008 | 2008 | -Brandschutzschulung -Erfassen aller Gefahrenstoffe |
| Umwelt-Eigenkontrolle Amt für Umwelt und Energie Kanton St. Gallen Baudepartement | Gesamtes Unternehmen | 2012 | 2016 | -Verzeichnis gefährlicher Stoffe -Eigenkontrolle zur Umweltkonformität -Massnahmenplanung. |

# 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 Akutsomatik

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

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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

#### Begründung

Der klinikspezifische Bericht, sowie die nationalen Vergleichsberichte stehen auf der Webseite von ANQ zur Verfügung: www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Auswertungsinstitut | hcri AG oder MECON measure & consult GmbH |

## 5.2 Eigene Befragung

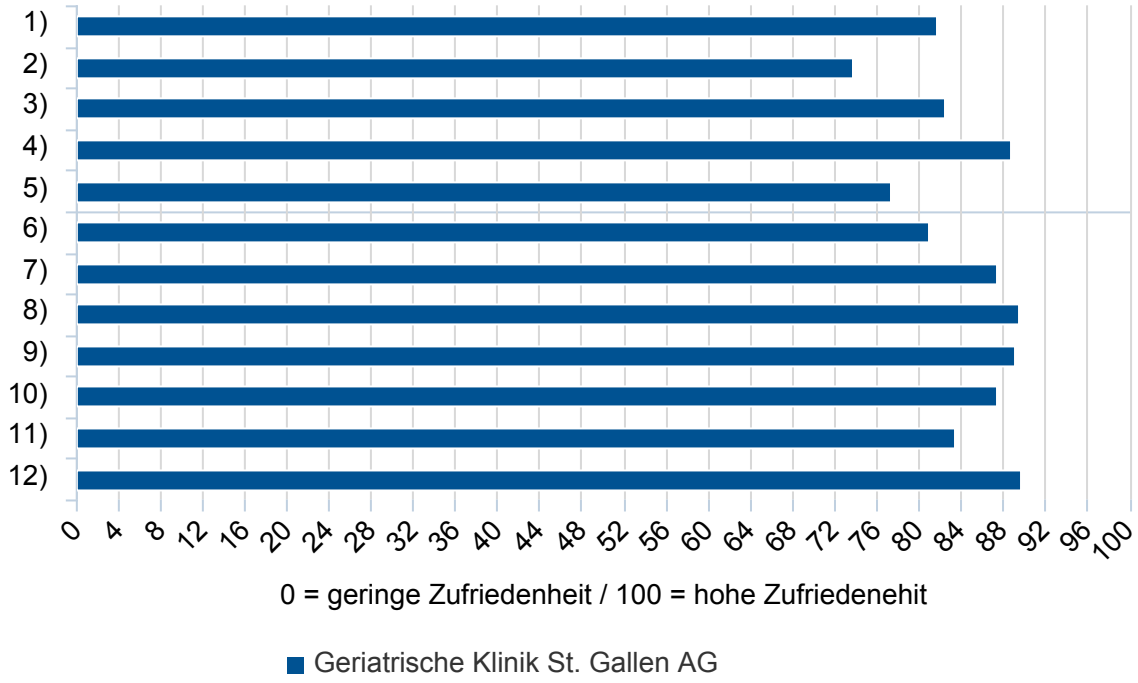
### 5.2.1 Patientenzufriedenheit - mecon

Die Messung der Patienten- und Bewohnerzufriedenheit gehört zu den Grundpfeilern der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. In der Geriatrischen Klinik erfolgt die verpflichtende (jährliche) ANQ-Zufriedenheitsbefragung mit einem Kurzfragebogen. Eine ausführliche Patientenbefragung führten wir 2016 bereits zum vierten Mal durch. Die Fragebogen wurden den Patienten direkt abgegeben, bei kognitiv eingeschränkten Patienten wurde der Fragebogen den Angehörigen zugeschickt. Die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen werden als Anregungen aufgefasst und für Entwicklungsprozesse genutzt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom August bis Dezember durchgeführt.
Es erfolgte eine schriftliche Befragung aller Geriatriepatienten mit einem Mini-Mental-Status (MMS) ≥ 20.
Der MMS wurde beim Eintritt unter standardisierten Bedingungen ermittelt.
Um auch bei Patienten mit tiefem MMS die Zufriedenheit detailliert erfassen zu können, wurde bei Patienten mit einem MMS unter 20 oder einem unbestimmbaren MMS ein Angehöriger mit einem speziellen Angehörigen-Fragebogen befragt.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

**Messthemen**

1) Eintritt
2) Information auf Abteilung
3) Information der Ärzte
4) Betreuung durch Ärzte
5) Schmerzbehandlung
6) Information der Pflege
7) Betreuung durch Pflege
8) Spitalmitarbeitende
9) Privatsphäre
10) Zimmer
11) Essen
12) Andere Dienste




| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Geriatrische Klinik St. Gallen AG | 81.70 | 73.70 | 82.50 | 88.80 | 77.30 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 6) | 7) | 8) | 9) | 10) |
| Geriatrische Klinik St. Gallen AG | 80.90 | 87.50 | 89.60 | 89.20 | 87.50 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 11) | 12) | | |
| Geriatrische Klinik St. Gallen AG | 83.50 | 89.80 | 119 | 45.00 % |

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

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Auswertungsinstitut | Mecon |
| Methode / Instrument | Patientenzufriedenheit |

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Geriatrische Klinik St. Gallen AG**
Wünsche und Beschwerdestelle
Fabiana Venzago
Direktionssekretariat
071 243 88 21
fabiana.venzago@geriatrie-sg.ch
Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter
Rorschacherstrasse 94 9000 St. Gallen Mo-Fr
08:00-12:00 / 14:00-17:00
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.

# 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

## 6.1 Eigene Befragung

### 6.1.1 Angehörigenzufriedenheitsbefragung - mecon

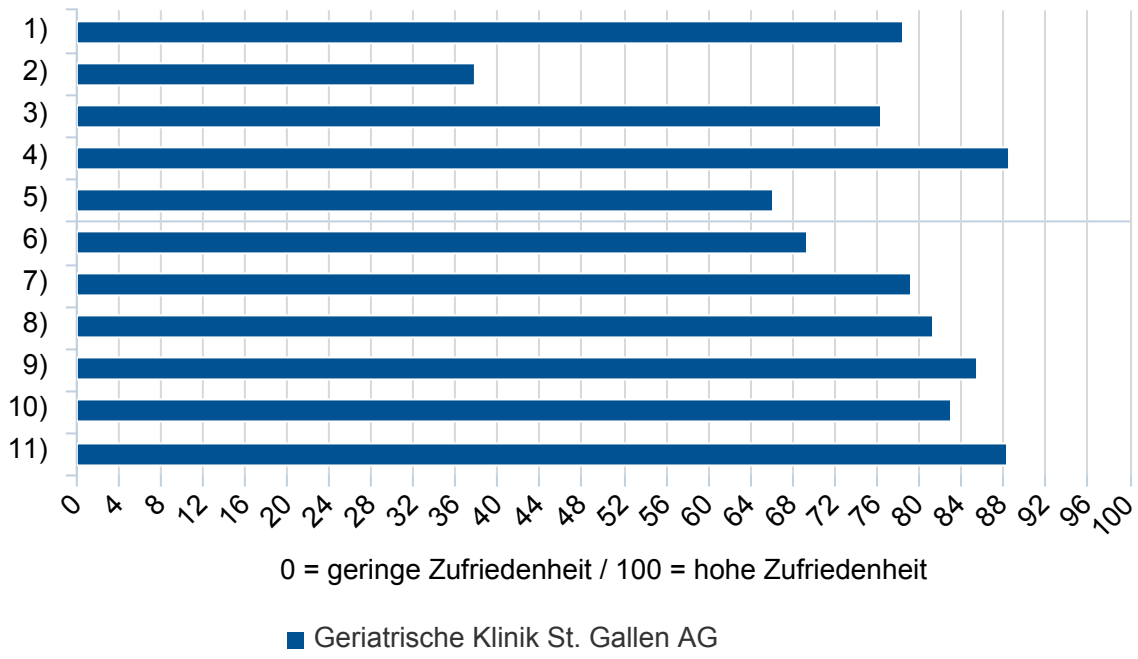
2016 wurden im Rahmen der Erhebung der Patientenzufriedenheit bei kognitiv eingeschränkten Patienten die Angehörigen über ihre Zufriedenheit befragt.

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom August bis Dezember durchgeführt.
Um auch bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen die Zufriedenheit detailliert erfassen zu können, wurde bei einem MMS unter 20 oder einem unbestimmbaren MMS ein Angehöriger befragt.
Der MMS wurde beim Eintritt unter standardisierten Bedingungen ermittelt.
Es erfolgte eine schriftliche Befragung mit einem speziellen Angehörigen-Fragebogen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

**Messthemen**

1) Eintritt
2) Information auf Abteilung
3) Information der Ärzte
4) Betreuung durch Ärzte
5) Schmerzbehandlung
6) Information der Pflege
7) Betreuung durch Pflege
8) Spitalmitarbeitende
9) Privatsphäre
10) Zimmer
11) Andere Dienste




| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Geriatrische Klinik St. Gallen AG | 78.50 | 37.90 | 76.50 | 88.50 | 66.20 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 6) | 7) | 8) | 9) | 10) |
| Geriatrische Klinik St. Gallen AG | 69.30 | 79.20 | 81.40 | 85.50 | 83.00 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | |
|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 11) | | |
| Geriatrische Klinik St. Gallen AG | 88.40 | 56 | 41.00 % |

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

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Auswertungsinstitut | Mecon |
| Methode / Instrument | Angehörigenzufriedenheitsbefragung |

# 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 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Ziel der Befragung war es von den Mitarbeitenden zu erfahren, wie sie ihren Arbeitsplatz, das Team und die Bedingungen erleben. Die Ergebnisse helfen uns, Schwachpunkte anzugehen und unsere Stärken im Dienste der Mitarbeitenden und Kunden weiter auszubauen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Auswertungsinstitut | icommit |
| Methode / Instrument | Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung |

# 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 Zuweiserzufriedenheit

Neben der umfassenden Patientenorientierung ist uns die gute Zusammenarbeit mit den Zuweisern und Nachbehandlern ein besonderes Anliegen.
Zufriedene Einweiser sind die Grundlage für einen langfristigen und stabilen Betrieb und das Feedback hilft uns, unser Angebot noch weiter zu verbessern.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr ----.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Auswertungsinstitut | Mecon |
| Methode / Instrument | Zuweiserfragebogen |

# Behandlungsqualität

# 9 Wiedereintritte

## 9.1 Eigene Messung

### 9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt

Im Rahmen der korrekten Abrechnung werden Fallzusammenführungen bei Wiedereintritt erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Erfassung erfolgt in der gesamten Klinik.
Im Rahmen der DRG-Pauschalen werden Fallzusammenführungen bei Wiedereintritt unter selber Diagnose erfasst. Die erbrachten Leistungen können in den Fällen nur auf den zweiten Eintritt bezogen und abgerechnet werden.

2016 kam es zu 39 Fallzusammenführungen. Dies entspricht bei 1660 behandelten Patienten einem Prozentsatz von 2,4%.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | MedPlans |

# 11 Infektionen

## 11.1 Eigene Messung

### 11.1.1 katheterassoziierte Harnwegsinfekte

Ein liegender transurethraler Dauerkatheter (DK) ist als Hauptrisikofaktor für nosokomiale Harnwegsinfekte anerkannt. Gleichzeitig ist die asymptomatische Bakteriurie ein häufiger Grund für unnötige antibiotische Therapie.

Mit Hilfe eines Exeltools wurden im Sinne einer Punktprävalenzmessung an einem Tag alle Patienten erfasst. Bei den Patienten, mit liegendem Dauerkatheter wurde die Indikation für diese Massnahme dokumentiert. Zusätzlich wurden allfällige antibiotische Therapien erfasst und deren Indikation infektiologisch beurteilt.

Mit dieser Pointprävalenzanalyse konnte mit vertretbarem Aufwand ein Überblick über den Status quo hinsichtlich der Verwendung von transurethralen Dauerkathetern in einer Akutgeriatrie gewonnen werden. Qualitätsverbessernde Massnahmen werden einerseits auf die Indikation zur Harnableitung mittels Katheter und auf die korrekte Diagnostik und Therapie von katheterassoziierten Harnwegsinfekten fokussieren während aysmptomatische Bakteriurien auch bei liegendem Katheter keine Indikationen für ein Antbiotikum darstellen. Der Effekt dieser Massnahmen kann anhand erneuter Punktprävalenzmessungen abgeschätzt werden.

Diese Messung haben wir im Monat April durchgeführt.
Die Messung hat auf allen Abteilungen der Geriatrischen Klinik und bei allen hospitalisierten Patienten stattgefunden.

Bei Patienten, die während ihrer Hospitalisation gemäss Pflegedokumentation eine Harnableitung mittels Dauerkatheter hatten, wurde die Indikation für diese Massnahme erfasst.
Allfällige antibiotische Therapien für Harnwegsinfekte wurden bei katheterisierten Patienten erfasst.

- Die am Erfassungstag 81 hospitalisierte Patienten wurden alle in die Analyse eingeschlossen.
- Bei 6 Patienten (7,4%) war während der Hospitalisation bis zum Erfassungstag eine Harnableitung mittels DK dokumentiert.
- Eine korrekte Indikation für die Harnableitung mittels Dauerkatheter war bei 4 der 6 Patienten (66%) klar nachvollziehbar (z.B. Harnverhalt, nachgewiesene Harnabflussstörung).
- Bei 2 Patienten (33%) war keine klare Indikation aus der Pflegedokumentation ersichtlich.
- Zur Zeitpunkt der Analyse war bei keinem Patient eine antibiotische Behandlung dokumentiert.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |

# 12 Stürze

## 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:
www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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

### Begründung

Der klinikspezifische Bericht, sowie die nationalen Vergleichsberichte stehen auf der Webseite von ANQ zur Verfügung: www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

# 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 Schwerkräften.

## 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus 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.

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

### Messergebnisse

Bei Erwachsenen

| | Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | Vorjahreswerte | | | 2016 | In Prozent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2013 | 2014 | 2015 | | |
| **Geriatrische Klinik St. Gallen AG** | | | | | | |

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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

### Begründung

Der klinikspezifische Bericht, sowie die nationalen Vergleichsberichte stehen auf der Webseite von ANQ zur Verfügung: www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden.<br>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.<br>▪ Säuglinge der Wochenbettstation.<br>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre).<br>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

# 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 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

### 14.1.1 Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen

Die Freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden im Rahmen der ANQ Prävalenzmessung erhoben.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.
Die Messung findet jährlich an einem einzigen Stichtag statt. Die am Stichtag erhobenen Daten werden von der verantwortlichen Person in das Eingabeprogramm LPZ via Internet eingegeben. Einbezogen werden alle an diesem Tag hospitalisierten Patienten, die sich für die Untersuchung / Messung bereit erklären.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Der klinikspezifische Bericht, sowie die nationalen Vergleichsberichte stehen auf der Webseite von ANQ zur Verfügung: www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/.

# 18 Projekte im Detail

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

## 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

### 18.1.1 Ablösung PEPS durch Polypoint

Das heutige Personaleinsatzplanungssystem PEPS ist seit mehr als 10 Jahren im Einsatz und wurde nicht mehr weiterentwickelt. Es sind insbesondere keine Schnittstellen zum Administrativsystem möglich, was zu vielen redundanten Arbeiten / Erfassungen führt. Weiters sind auch keine Auswertungen möglich. Im Zusammenhang mit der Zeiterfassung mittels "Stempeluhren" wurde von der Geschäftsleitung beschlossen, dass das PEPS durch Polypoint abgelöst wird.

Projektziele:
Einfachere Handhabung für den Benutzer
Hilfsmittel für Personalverantwortliche zur Überwachung gesetzlicher Grenzwerte
Übernahme der Personalstammdaten aus dem Administrativsystem Abacus via Schnittstelle
Zeiterfassung mittels Stempeluhr

Projektablauf
Grundeinstellungen, Benutzeradministration, Festlegung der Hierarchiestufen,... erfolgten bereits ab Juli 2016
Die Stammdaten wurden vorbereitet
Alle "Planer" wurden im November 2016 geschult
Die Zeiterfassung per Badge wird bis Mitte 2017 eingeführt werden.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

### 18.2.1 PMS Einführung – Kurve, Verlauf und Medikation

Ziel des kantonalen Projekts Patientenmanagementsystem (PMS) ist es, ein einheitliches ärztlich-pflegerisch-integriertes Patientenmanagement einzuführen, welches interprofessionell und standardisiert ist. So wurde das klinische Informationssystem Medicare weiterentwickelt und einzelne MedFolio Module wie das dezentrale Patientenmanagement kurz DPM, die Wunddokumentation und das KVM («Kurve, Verlauf und Medikation») eingeführt. 2016 wurde entschieden, weitere MedFolio Module wie Terminplaner, Leistungsmodul und Basis-KG/Paramedizin (Krankengeschichte des Patienten) einzuführen. Im Herbst 2017 soll das bisherige System definitiv vom PMS abgelöst und die gesamte Dokumentation und Planung über die MedFolio-Module laufen.

### 18.2.2 Umsetzung des Geriatriekonzeptes

Das Konzept stationäre geriatrische Versorgung des Kantons St. Gallen ist aus Sicht der direkt betroffenen Institutionen eines der besten Modelle geriatrischer Versorgung Schweiz weit. Viele für die akutmedizinische Versorgung hochbetagter Patientinnen und Patienten relevanten Aspekte sind umgesetzt. Zu erwähnen wäre hier beispielsweise die wohnortnahe Betreuung, die Kombination von akutmedizinischen und rehabilitativen Massnahmen bei möglichst Vielen, die enge Zusammenarbeit mit Zuweiserinnen und Zuweisern sowie eine auf alte Patientinnen und Patienten abgestimmte Austrittsplanung. Weitere Vorteile des kantonalen Geriatriekonzeptes aus unserer Sicht sind die enge Zusammenarbeit zwischen den mit den Leitungen betrauten Ärztinnen und Ärzten sowie der Einsatz gemeinsam entwickelter Instrumente für das geriatrische Assessment. Das kantonale Geriatriekonzept hat durch Änderungen der finanzpolitischen Landschaft (Einführung von DRG im Akutbereich) teilweise dahingehend profitiert, dass aufwändige Leistungen adäquat abgebildet werden können. Dennoch gibt es Aspekte der geriatrischen Versorgung aus dem Konzept, die aus unserer Sicht weiterentwickelt werden sollten. Dazu zählen ambulante geriatrische (Rehabilitations-) Angebote und eine engere Vernetzung der geriatrischen mit der geronto-psychiatrischen Expertise. Neben der akutgeriatrischen Versorgung sehen wir jedoch auch einen wachsenden Bedarf an stationärer Rehabilitation geriatrischer Patientinnen und Patienten. Im Hinblick auf die Veränderungen in der Finanzierung stationärer Rehabilitation scheint hier ein tragbares Konzept für stationäre Rehabilitation im Kanton St. Gallen zwingend nötig. Alternativ müssten Rehabilitationskliniken aus den Bereichen neurologische, muskulo-skelettale und kardiale Rehabilitation dafür besorgt sein, entsprechende geriatrische Expertise zu gewährleisten.

### 18.2.3 Inkontinenz

Die Inkontinenzbehandlung bei geriatrischen und demente Patientenwurde auf ihre Evidenz untersucht. Die Datenlage wurde erhoben und analysiert um entsprechenden evidenzbasierten Therapiemassnahmen anbieten zu können. Interne Physiotherapie-Schulung über die aus der Analyse der Guidelines erhaltenen Daten und eine interprofessionelle Schulung über die Guidelines und das physiotherapeutische Angebot haben stattgefunden.Die Anzahl der Anmeldungen für Beckenbodentherapie werden erfasst und dadurch der weitere Bedarf evaluiert.

### 18.2.4 Massnahmenmanagement

Am Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter bestehen diverse Quellen und unterschiedliche Messinstrumente zur Gewinnung von Rückmeldungen, die eine Analyse wie auch die Ableitung von entsprechenden Verbesserungsmassnahmen erfordern. (Befragungen, Controllings aus Standards und weitere Qualitätsprojekte). Unser Anspruch ist es, uns durch die entsprechenden Massnahmen ständig zu verbessern und dadurch die Sicherheit und auch die Patienten- / Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit in den 3 Betrieben des Kompetenzzentrums zu erhöhen. Um nachhaltige Verbesserungsmassnahmen entwickeln zu können, braucht es tiefgehende Analysen eingetretener Ereignisse oder Rückmeldungen. Das Massnahmenmanagement muss unterstützen, dass Massnahmen so definiert und umgesetzt werden, dass sie einen möglichst grossen Nutzen stiften und dieser nachvollziehbar dargestellt werden kann. 2014 starteten wir mit der Konzeptionierung eines systematischen Massnahmenmanagements, welches das vollständige Durchlaufen des Massnahmenkreislaufes mit Planung, Umsetzung, Überwachung, Steuerung gewährleisten soll. 2016 konnte das Projekt erfolgreich abgeschlossen werden.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Grundstandard

1. Das Unternehmen nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahr. Die oberste operative Führungsebene definiert die Qualitätspolitik, setzt Ziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die laufenden Arbeiten an der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die Ziele sind auf die Unternehmensstrategie abgestimmt.
2. Das Unternehmen überprüft die Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch auf Nutzen und Aufwand.
3. Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität und motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.
4. Das Unternehmen hat einen oder mehrere Qualitätsbeauftragte ernannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.
5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz.
6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen.
7. Die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden für ihre Aufgaben fort- und weitergebildet. Es besteht eine Fort- und Weiterbildungsplanung.
8. Das Unternehmen erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Das Unternehmen informiert gegen innen und aussen über seine Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung. Das Unternehmen erstellt jährlich einen Qualitätsbericht (Management Review).

### 18.3.2 Infektionsprävention und Spitalhygiene

1. Das Spital hat die Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene so dokumentiert, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter diese entsprechend ihrer bzw. seiner Funktion nachvollziehen kann.
2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind.
3. Die Zielerreichung wird gemessen.
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Fachteam Hygiene ist zuständig für alle operationellen Belange.
5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht.
6. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen die Institution bei Bedarf.

### 18.3.3 Schmerzbehandlung

1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.
2. Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult.
3. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und dafür sensibilisiert. Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet.
4. Die Umsetzung des Schmerzkonzepts sowie die Wirksamkeit und Angemessenheit der Handlungsanweisungen werden periodisch überprüft. Die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen mit der Schmerzbehandlung wird periodisch evaluiert.
5. Die Ergebnisse der periodischen Evaluationen sowie ausgewählte Kennzahlen werden spitalintern regelmässig bekannt gemacht.Falls nötig, werden das Schmerzkonzept sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen angepasst.

### 18.3.4 Kritische Zwischenfälle

1. Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist.
2. Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen.
3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.
4. Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritischen Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung.

### 18.3.5 Mitarbeitende Menschen

1. Das Unternehmen fördert seine Mitarbeitenden über eine transparente Personalstrategie.
2. Es finden periodisch mit allen Mitarbeitenden strukturierte Gespräche statt.
3. Die für das Unternehmen wesentlichen Instrumente der Mitarbeiterführung sind dokumentiert.
4. Das Unternehmen fördert die inter-disziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.
5. Das Unternehmen verfügt über Richtlinien und Instrumente zur Bewältigung von Konflikten und schwierigen Situationen.

### 18.3.6 Ernährung

1. Das Spital strebt eine ausgewogene und an den Gesundheitszustand angepasste Ernährung der Patientinnen und Patienten an.
2. Es ist geregelt, - wer für die Erfassung, Dokumentation und Einschätzung des Ernährungszustandes der Patientinnen und Patienten zuständig ist,- wie in der Ernährung das Krankheitsbild berücksichtigt wird und- welche Massnahmen (nicht nur bei Risikogruppen) getroffen werden.
3. Die Ernährungsgewohnheiten und die Wünsche der Patientinnen und Patienten werden in die Gestaltung des Ernährungsangebots einbezogen.
4. Die mit der Beschaffung, Herstellung, Verteilung und Entsorgung der Nahrungsmittel beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden aus- und weitergebildet.

### 18.3.7 Wünsche und Beschwerden

1. Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt.
2. Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige werden über die Möglichkeit, Beschwerden und Wünsche anzubringen, informiert.
3. Ein Konzept regelt, wer seitens des Spitals für die Entgegennahme, Abklärung, Beantwortung und Umsetzung von Wünschen und Beschwerden zuständig ist. Das Konzept regelt ferner, wie betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in die Umsetzung von Verbesserungen einbezogen werden.

### 18.3.8 Palliative Betreuung

1. Das Spital legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird
2. Das Spital verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden.
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.
4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben.
5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt.
6. Das interprofessionelle Betreuungsteam ist in Palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ausgebildet. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.

### 18.3.9 Arbeitssicherheit H+

Die Umwelt-Eigenkontrolle wurde vom Amt für Umwelt und Energie akzeptiert und als nachvollziehbar und vollständig beurteilt.
Die periodische Kontrolle der Elektroinstallationen wurde durch Elektrosuisse durchgeführt.
Für die Trafoanlage und Niederspannungsverteilung wurde ein Sicherheitskonzept erstellt.
Durch die Gefahrenermittlung 2015 erstellte Massnahmen konnten gemäss geplanten Terminen erledigt werden.

# 19 Schlusswort und Ausblick

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 Januar 2018 steht uns das Re-Zertifizierungs Audit durch sanaCERT Suisse bevor. Die Optimierungspotentiale, die sich herausgestellt haben, sind entsprechend aufgegleist und bearbeitet. Wir schauen mit Zuversicht der bevorstehenden Überprüfung entgegen.

# Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

## Akutsomatik

| Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen |
|---|
| **Basispaket** |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin |
| **Haut (Dermatologie)** |
| Dermatologische Onkologie |
| Schwere Hauterkrankungen |
| Wundpatienten |
| **Hals-Nasen-Ohren** |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie |
| **Nerven medizinisch (Neurologie)** |
| Neurologie |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems |
| Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) |
| **Augen (Ophthalmologie)** |
| Ophthalmologie |
| Glaskörper/Netzhautprobleme |
| **Hormone (Endokrinologie)** |
| Endokrinologie |
| **Magen-Darm (Gastroenterologie)** |
| Gastroenterologie |
| **Blut (Hämatologie)** |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome |
| **Nieren (Nephrologie)** |
| Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) |
| **Urologie** |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| **Lunge medizinisch (Pneumologie)** |
| Pneumologie |
| **Transplantationen** |
| Transplantationen solider Organe (IVHSM) |
| **Bewegungsapparat chirurgisch** |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Arthroskopie des Knies |
| **Rheumatologie** |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |

| |
|---|
| **Gynäkologie** |
| Maligne Neoplasien des Corpus uteri |
| **Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)** |
| Onkologie |
| Radio-Onkologie |

# 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 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 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.

## 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**).