

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

02.06.2020  
Claudia Lenz, Qualitätsbeauftragte

Version 1



## 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 2019.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Frau  
Claudia Lenz  
Qualitätsbeauftragte  
071 243 88 99  
[claudia.lenz@geriatrie-sg.ch](mailto:claudia.lenz@geriatrie-sg.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: [www.patientensicherheit.ch/momo](http://www.patientensicherheit.ch/momo).

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Andererseits verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
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 .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.5 Registerübersicht .....	17
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>20</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	21
5.2 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
7.1 Eigene Befragung .....	22
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung .....	22
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
8.1 Eigene Befragung .....	23
8.1.1 Zuweiserbefragung .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Eigene Messung .....	24
9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt .....	24
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>25</b>
11.1 Eigene Messung .....	25
11.1.1 Adhärenz Händedesinfektion .....	25
11.1.2 Katheterassoziierte Harnwegsinfekte .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>27</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	27
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>28</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	28
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>30</b>
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	30
14.1.1 Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	30
<b>15 Psychische Symptombelastung</b>	

	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>31</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Detail- und Umsetzungskonzept – Station für Menschen mit Demenz in der GK	31
18.1.2	Einführung KANBAN in den Stationslagern	31
18.1.3	Kooperationsprojekt: Implementierung des Konzeptes für die spezialisierte Station für Menschen mit Demenz	31
18.1.4	Medikamentenlieferung durch Spitalsapotheke KSSG	32
18.1.5	Evaluation NewKIS	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	33
18.2.1	Nutzung des Patientenarmbands verbessern	33
18.2.2	Aktionswoche Gesundheit	34
18.2.3	Reorganisation / Neuauflage Memory Clinic	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	36
18.3.1	Grundstandard	36
18.3.2	Infektionsprävention und Spitalhygiene	36
18.3.3	Kritische Zwischenfälle	36
18.3.4	Mitarbeitende Menschen	37
18.3.5	Ernährung	37
18.3.6	Wünsche und Beschwerden	37
18.3.7	Sichere Medikation	37
18.3.8	Bewegungseinschränkende Massnahmen	38
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>39</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>	<b>40</b>
	Akutsomatik	40
	<b>Herausgeber</b>	<b>42</b>

## 1 Einleitung

Die Geriatrische Klinik ist ein Betrieb des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde St. Gallen und umfasst drei Institutionen: die Geriatrische Klinik, den Alterswohnsitz Bürgerspital und die Altersresidenz Singenberg.

Das Qualitätsmanagement durchzieht alle drei Häuser. Es wurden namhafte Ressourcen in den Aufbau sowie die Fortführung eines soliden Qualitätsmanagementsystems gesteckt.

Die Arbeitsweise aller Mitarbeitenden ist geprägt durch ein hohes Qualitätsbewusstsein. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist das Fundament für eine gute Qualität.

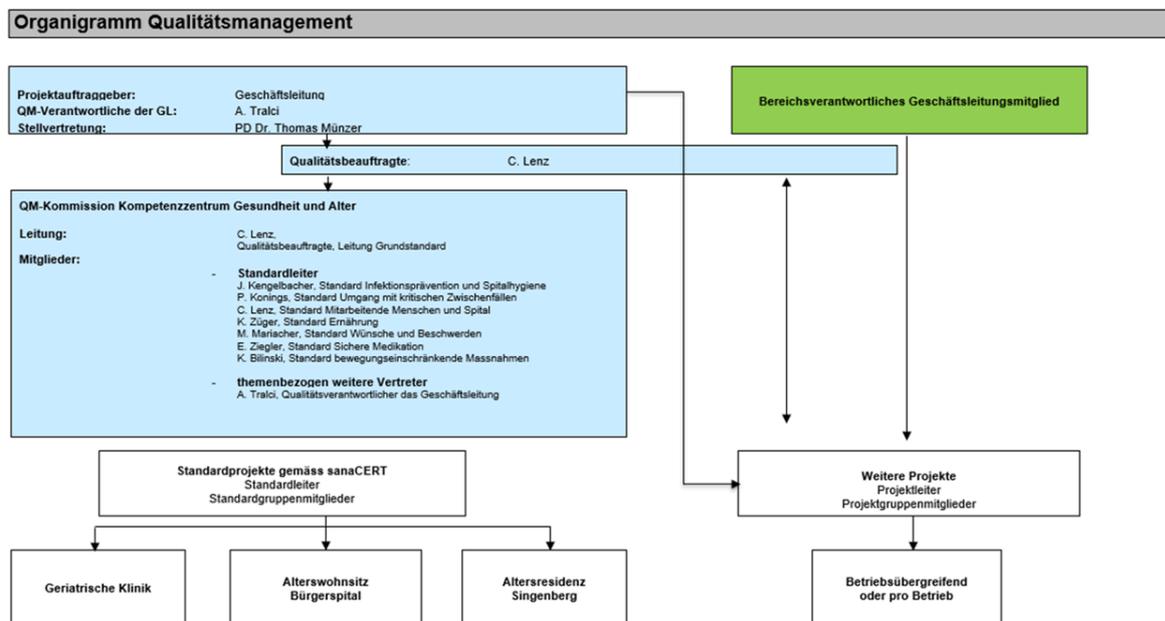
Um dies unseren Bewohnenden und Patienten in fachlicher und menschlicher Hinsicht gewährleisten zu können, arbeiten wir im Alltag mit standardisierten Abläufen. Auf diese Weise wird die Qualität der Leistungserbringung systematisch ausgewiesen, messbar gemacht und im ständigen Qualitätskreislauf verbessert.

Von den Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums für Gesundheit und Alter wird jeden Tag aufs Neue die bestmögliche Dienstleistung für alle Beteiligten erbracht. Mit diesem Qualitätsbericht 2019 stellt das Kompetenzzentrum 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 **240** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Lenz MSc.  
Qualitätsbeauftragte  
071 243 88 99  
[claudia.lenz@geriatrie-sg.ch](mailto:claudia.lenz@geriatrie-sg.ch)

Herr Antonio Tralci  
Qualitätsverantwortlicher der  
Geschäftsleitung  
071 243 88 77  
[antonio.tralci@geriatrie-sg.ch](mailto:antonio.tralci@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 2019

- Qualitätscontrolling 2018 der GL
- Zielerreichungskontrolle 2018
- Formulierung der Ziele 2019
- Aktualisierung des Qualitäts – Dashboards
- Durchführung der Selbstbewertungen
- Überwachungsaudit nach sanaCERT Suisse im Januar 2019
- Erstellung vom Qualitätsbericht / Selbstbewertungsbericht
- Durchführung der ANQ Messung Patientenzufriedenheit
- ANQ LPZ Messung
- Permanentes Bildungsmanagement

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Das Überwachungsaudit 2019 ist bestanden.
- ANQ-Messungen sind in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt und die Ergebnisse sind evaluiert und in den online Medien entsprechend kommentiert und im Internet auf der Homepage sichtbar gemacht.
- Die Standardablösung ist erfolgt.
- Fachinput für die Standardleiter und Projektleiter ist durchgeführt, um diese bezüglich ihrer Aufgaben und Verantwortungen zu schulen.
- Der QM Internet- und Intranetauftritt sind auf dem aktuellsten Stand.
- Eine Prozessstruktur / Prozesslandkarte ist dargestellt und dient als Raster für alle Prozesse im Kompetenzzentrum.
- Die Struktur der Selbstbewertung ist an die Struktur der Systembeschreibung angeglichen.
- Die Sinnhaftigkeit eines Glossars im QM ist geprüft und aktualisiert.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Das Überwachungsaudit 2020 ist bestanden.
- ANQ-Messungen sind in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt und die Ergebnisse sind evaluiert und in den online Medien entsprechend kommentiert und im Internet auf der Homepage sichtbar gemacht.
- Der QM Internet- und Intranet-Auftritt sind auf dem aktuellsten Stand.
- Die Prozessstruktur / Prozesslandkarte ist mit dem Dokumenten-Management im Intranet verknüpft und die Mitarbeitenden sind darüber informiert.
- Schulung der Prozesseigner ist systematisiert.
- Die Anzahl jährlich durchgeführter Mitarbeitergespräche ist erhöht.
- Anzahl bestehender Stellenbeschreibungen ist erhöht.

## 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>

#### Bemerkungen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen wurden zusätzlich über ANQ erhoben.

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 Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fallzusammenführung bei Wiedereintritt</li></ul>
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adhärenz Händedesinfektion</li><li>▪ Katheterassoziierte Harnwegsinfekte</li></ul>
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Qualitätsmanagement allgemein

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

##### Infektionsprävention und Spitalhygiene

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

##### Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS)

<b>Ziel</b>	Ungewollte Ereignisse, welche den Patienten, Bewohner, Angehörige, Mitarbeitende oder andere beteiligte Personen gefährden können, aber nicht schädigen, können anonym gemeldet werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle Berufsgruppen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	permanent
<b>Begründung</b>	Durch die Ereignisanalyse und die Systemoptimierung soll eine Verbesserung der Sicherheit und Leistungsqualität für den Patienten, Bewohner und Mitarbeitenden entstehen
<b>Methodik</b>	Das CIRS-Meldeportal ist eine digitale Plattform für freiwillig und anonym gemeldete Zwischenfälle.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	gesamtes Kompetenzzentrum

## Mitarbeitende Menschen - Human Resources

<b>Ziel</b>	Förderung und Wertschätzung der Mitarbeitenden über eine transparente Personalpolitik. Die Personalpolitik beschreibt die Haltung des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter im Umgang mit seinen Mitarbeitenden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle Berufsgruppen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	permanent
<b>Begründung</b>	Die Personalpolitik gibt Antwort, wie wir uns den Herausforderungen der Zukunft stellen wollen. Mitarbeitende sind eine sehr wichtige Resource, der somit Rechnung getragen wird.
<b>Methodik</b>	Wir wenden verschiedene Verfahren und Methoden zur Personalentwicklung an.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen

## Ernährung - Mangelernährung

<b>Ziel</b>	Der Ernährungszustand mangelernährter Patienten und Bewohner am Kompetenzzentrum soll korrekt diagnostiziert, verbessert und/oder erhalten werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamtes Kompetenzzentrum
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	permanent
<b>Begründung</b>	Mangelernährung im geriatrischen Setting ist ein häufiges Problem mit diversen Auswirkungen und stellt eine grosse Herausforderung dar.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die regelmässige Evaluation von definierten Themenbereichen garantiert die kontinuierliche Weiterentwicklung.

## Wünsche- und Beschwerdemanagement

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

## Sichere Medikation

<b>Ziel</b>	Erhöhung der Sicherheit im Medikationsprozesse bei der Verordnung, dem Richten, Verteilen und Verabreichen von Arzneimitteln.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamtes Kompetenzzentrum
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	permanent
<b>Begründung</b>	Der Medikationsprozess ist ein sensibler und immer wieder fehleranfälliger Prozess.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Professionen

## Bewegungseinschränkende Massnahmen

<b>Ziel</b>	Jede Anwendung bewegungseinschränkender Massnahmen unter Berücksichtigung individueller und situationsspezifischer Aspekte muss sorgfältig überdacht und unter dem Gesichtspunkt der Grundrechte des Betroffenen kontinuierlich reflektiert werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle Berufsgruppen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	permanent
<b>Begründung</b>	Die Anwendung bewegungseinschränkender Massnahmen zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung ist Teil des Alltags.
<b>Methodik</b>	Der Prozess mit einer klaren Regelung des Ablaufs von der Indikationsstellung bis zur Aufhebung soll optimiert werden um somit eine deutliche Qualitätsverbesserung für unsere Patienten zu erreichen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Professionen

## Erfassen von Patientenurteilen

<b>Ziel</b>	Erfassen der Patientenurteile, ableiten und umsetzen von Verbesserungsmassnahmen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle Berufsgruppen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufende Bearbeitung
<b>Begründung</b>	Hohe Zufriedenheit der Patienten und Bewohner erreichen / Erfassen der Urteile / Ableitung von Massnahmen
<b>Methodik</b>	Messungen durch Interviews und Fragebogen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Analyse der Resultate, Massnahmen ableiten, Wirksamkeit der Massnahmen evaluieren.

## Sturzmeldungen

<b>Ziel</b>	Stürze und deren Folgen sind nicht unabwendbar, jedoch können Stürze durch das Erkennen und systematische Beseitigen von Risikofaktoren reduziert werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamtes Kompetenzzentrum
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	permanent
<b>Begründung</b>	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.
<b>Methodik</b>	Erfassung von Sturzereignissen im Meldeportal nach anerkannten Vorgaben
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	regelmässige Überprüfung / Fallbesprechungen / Auswertungen und ableiten von Massnahmen.

## Arbeitssicherheit

<b>Ziel</b>	Aspekte der Arbeitssicherheit überwachen, überprüfen, optimieren, schulen, evaluieren
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	permanent
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Über 200 Mitarbeitende wurden zum Thema Brandschutz geschult. Der Ordner Sicherheitsdatenblätter wurde permanent aktualisiert. Die Datenblätter sowie die Gefahrenstoff-liste sind jederzeit auf dem aktuellen Stand. Am 3.September wurde durch H-Plus ein Audit durchgeführt. Die erreichte Punktzahl beträgt 52 von 54 möglichen.

## Bildungsmanagement

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

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2006 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### Bemerkungen

- Um nachhaltige Verbesserungsmassnahmen entwickeln zu können, braucht es 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. Es ist eine systematische und zugleich zeiteffiziente Methode zur Analyse von Ereignissen. Es ist ein standardisiertes Verfahren, das alle bedeutungsvollen Aspekte und relevanten Personen in die Analyse einbezieht.

#### 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/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	<a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.ch/</a>	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	2018	-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	2018	-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	2018	-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	2018	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	2018	2018	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	2018	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	2018	-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	2018	-Ein Entscheidungsprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt. -Der Umgang mit Patientenvollmachten ist geregelt.
Umwelt-Eigenkontrolle Amt für Umwelt und Energie Kanton St. Gallen Baudepartement	Gesamtes Unternehmen	2012	2018	-Verzeichnis gefährlicher Stoffe -Eigenkontrolle zur Umweltkonformität -Massnahmenplanung.
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamtes Unternehmen	2008	2019	-Brandschutzschulung -Erfassen aller Gefahrenstoffe

# **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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

#### Messergebnisse

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

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/](http://www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

#### 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

##### Geriatrische Klinik St. Gallen AG

Wünsche und Beschwerdestelle

Handloser Priska

Direktionssekretariat

071 243 88 21

[priska.handloser@geriatrie-sg.ch](mailto:priska.handloser@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.

## 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 2021.

Angaben zur Messung	
Nationales 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 Zuweiserbefragung

Neben der umfassenden Patientenorientierung ist uns die gute Zusammenarbeit mit den Zuweisern und Nachbehandlern ein besonderes Anliegen. Zufriedene Einweiser sind eine der Grundlagen 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	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Zuweiserzufriedenheitsbefragung

## 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 2019 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.

2019 kam es zu 36 Fallzusammenführungen. Dies entspricht bei 1462 behandelten Patienten einem Prozentsatz von 2,5%.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	MedPlans

## 11 Infektionen

### 11.1 Eigene Messung

#### 11.1.1 Adhärenz Händedesinfektion

Ziele der Spitalhygiene sind die Verhinderung nosokomialer Infektionen und die Reduktion von Übertragungen krankmachender und/oder multiresistenter Keime. Um diese Ziele zu erreichen, erfolgt eine permanente Schulung und Überprüfung der wichtigsten Massnahmen, insbesondere der korrekten Händedesinfektion. Eine Überprüfung der Adhärenz der Händedesinfektion fand im Jahr 2019 statt.

Diese Messung haben wir im Monat Mai durchgeführt.

Bei 671 Beobachtungen fand sich eine Gesamtadhärenz von 92% . Die Erfassung wird mit dem Erfassungstool CleanHands von Swissnoso durchgeführt. Mit der Nutzung des Erfassungstools können die Beobachtungen direkt elektronisch erfasst werden. Zudem erlaubt das Tool ein unmittelbares Feedback an das beobachtete Personal, was eine praxisnahe Schulung und Instruktion erlaubt.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	CleanHands Swissnoso
---	----------------------

### 11.1.2 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 Exceltools 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 Antibiotikum 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 Geriatriischen 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 Anzahl hospitalisierter Patienten an 75/75 Patienten (100%) konnten in die Analyse eingeschlossen werden.
- Bei 7 (9.3%) war eine Harnableitung mittels DK dokumentiert.
- Die Indikation für den Dauerkatheter war bei 6 der 7 Patienten (86%) klar nachvollziehbar (Harnverhalt, nachgewiesene Harnabflussstörung).
- Bei 1 Patient (14%) war die Indikation nicht ersichtlich.
- Bei 1 Patienten mit Katheter wurde eine antibiotische Behandlung für einen möglichen katheterassoziierten Harnwegsinfekt dokumentiert.
- Bei diesem war die Indikation zur antibiotischen Therapie gegeben , also zu 100% gemäss infektiologischer Beurteilung klar gegeben.

#### 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

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

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.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

## 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 Scherkräften.

### 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 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

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

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.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 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/](http://www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/).

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Detail- und Umsetzungskonzept – Station für Menschen mit Demenz in der GK

##### Ausgangslage

Bisher waren Menschen mit Demenz, die an einer akuten Erkrankung leiden oder einen Unfall erlitten haben, in der Geriatrischen Klinik auf einer gemischten Station betreut. Den Herausforderungen, die sich durch die dementielle Erkrankung ergeben, wie z.B.: veränderte räumliche, persönliche und situative Orientierung der Patientinnen und Patienten kann so nur sehr begrenzt begegnet werden. Oft leiden die Patientinnen und Patienten zusätzlich unter deliranten Zusatzbildern, welche die Behandlung, Pflege und Betreuung in einem gemischten Setting erschweren. Menschen mit Demenz weisen spezifische Bedürfnisse zur Betreuung auf. Die Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz und einer akuten Erkrankung / Unfall soll im Gebäude der Geriatrie ab 2020 adressatengerechter auf einer dafür spezialisierten Station durchgeführt werden.

##### Ziele

Die Station für Menschen mit Demenz im Akutspital ist definiert.

- Kriterien für die Zuweisung auf die spezialisierte Station sind definiert.
- Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Zuweisern ist geklärt und schriftlich festgehalten.
- Das Detailkonzept für die Betreuung von Menschen mit Demenz im Akutspital ist erstellt.

#### 18.1.2 Einführung KANBAN in den Stationslagern

##### Ausgangslage

Bisher gab es auf jeder Pflegestation der Geriatrischen Klinik ein kleines Stationslager mit den am Häufigsten benötigten Artikeln. Die Bestellung der benötigten Artikel erfolgte durch Pflegefachkräfte. Zur Entlastung des Pflegepersonals soll dieser Prozess automatisiert werden. D.h. Artikel die laufend benötigt werden, sollen durch einen Versorgungsassistenten aufgefüllt werden. Nachschubbestellungen werden automatisch ausgelöst.

##### Ziele

- Einrichtung gleicher Gegebenheiten auf allen Stationen (Stationslager)
- Definition des Sortiments für Stationslager
- Personelle Aufstellung der Logistikabteilung / Zentrallager
- Umsetzung mit Nutzung der bestehenden Lösung im SAP
- Definition des Vorgehens bei neuen Artikeln

#### 18.1.3 Kooperationsprojekt: Implementierung des Konzeptes für die spezialisierte Station für Menschen mit Demenz

##### Ausgangslage

Die Basis dieses Projekts bilden: die «Kooperationsvereinbarung zwischen dem Institut für angewandte Pflegewissenschaft (Fachstelle Demenz) und der Geriatrischen Klinik hinsichtlich der Implementierung eines Konzeptes für eine spezialisierte Station für Menschen mit Demenz, die an einer Akuterkrankung oder Unfallfolgen leiden. Dieses Projekt beinhaltet die wissenschaftliche Begleitung eines Praxisentwicklungsprojekts mit Ansätzen der Aktionsforschung» und das «Detail- und Umsetzungskonzept der Station für Menschen mit Demenz in der Geriatrischen Klinik».

##### Ziel

Die Fachstelle Demenz des Instituts für Pflegewissenschaften wird die Implementierung des Konzepts für diese spezielle Station in der Geriatrischen Klinik wissenschaftlich begleiten und evaluieren.

### 18.1.4 Medikamentenlieferung durch Spitalsapotheke KSSG

#### **Ausgangslage**

Seit der Ausrichtung der Geriatrischen Klinik als Akutspital sind immer wieder Engpässe bei der Lieferung von Medikamenten in Notfallsituationen, nachts und/oder am Wochenende aufgetreten. Auch in der Routine sind die bestellten Medikamente nicht immer am Lager der «Hausapotheke» und müssen bestellt werden, was zu Verzögerungen in der Abgabe führt.

Im Rahmen einer Neuorganisation der Spitallogistik wird auch der Bezug die Medikamente reorganisiert. Zukünftig soll die der Geriatrische Klinik diese im KSSG beziehen.

#### **Ziele**

- Es ist ein «gemeinsamer» Medikamentenstamm definiert
- Die Bestellung und Lieferung von Medikamenten aus dem KSSG ist vertraglich geregelt
- Ein 24/7 Dienst gewährleistet die Medikamentenlieferungen in die GK, es muss nichts mehr im KSSG «ausgeliehen» werden
- Die Bestellvorgänge sind geregelt und geschult
- Der neue Stamm ist im PMS hinterlegt

### 18.1.5 Evaluation NewKIS

#### **Ausgangslage**

Das heute über alle Spitalregionen eingesetzte Klinikinformationssystem (KIS) Medfolio stösst aufgrund der veralteten Architektur an seine Grenzen. Dies wirkt sich auf die Performance und die Möglichkeiten der Weiterentwicklungen aus. Die stark zunehmende Digitalisierung und ein zukunftssträchtiger Aufbau eines durchgängigen Patientenmanagementsystems erfordern eine Ablösung und Neuausschreibung des heute eingesetzten KIS (Medfolio). Es erfolgt die Ausschreibung, für ein neues KIS.

#### **Ziele**

- Prozesse und Funktionalitäten sind beschrieben, Ausschreibungsunterlagen sind erstellt
- Der Produkteentscheid ist gefällt und der neue KIS-Integrationspartner ist festgelegt

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Nutzung des Patientenarmbands verbessern

#### Ziel

Ein wichtiges Instrument, um mehr Sicherheit zu schaffen und Patientenverwechslungen zu reduzieren, ist die Nutzung des Patientenarmbands.

- Nutzung des Patientenarmbands ist evaluiert
- Potentiell gefährdende Handlungen sind definiert
- Bestehende Handlungsanweisungen zur Nutzung des Patientenarmbands sind ergänzt
- Merkblatt für Mitarbeitende und Informationsflyer für Patienten sind erstellt
- Mitarbeitende sind geschult

#### Involvierte Berufsgruppen

interprofessionell

#### Laufzeit

Juli 2018 – Juni 2019

#### Schlussresultate

Die Handlungen, bei denen eine eindeutige Identifikation des Patienten zwingend erforderlich ist, sind im „Merkblatt Patientenarmband“ schriftlich festgehalten und waren Teil der durchgeführten Schulungen. Ein Infolyer für Patienten wurde erstellt. Die Patientenidentifikation wurde nach definierten Beobachtungskriterien zu Projektbeginn beobachtet, nach den erfolgten Schulungen und ½ Jahr nach der Umsetzung evaluiert. Das Controlling ½ Jahr nach Projektumsetzung zeigte, dass das Patientenarmband immer noch unzureichend zur Identifikation verwendet wird. Nach wie vor hat der Betrieb eine hohe Vertrauenskultur im Vergleich zur Sicherheitskultur. Zur Vertiefung und Verknüpfung des Themas Patientenidentifikation im Alltag erfolgt nochmals eine Sensibilisierung über alle Professionen.

## 18.2.2 Aktionswoche Gesundheit

### Ziel

Durch die Aktionswoche setzten wir ein Zeichen für die Gesundheit der Mitarbeitenden. Der Aspekt der «Förderung des Gesundheitsbewusstseins» wurde dadurch belebt. Mitarbeitende sind durch diese Aktionswoche sensibilisiert und motiviert. Durch ganz konkrete Umsetzungsideen können die Mitarbeitenden bewusst Eigenverantwortung für Ihre Gesundheit übernehmen.

### Involvierte Berufsgruppen

interprofessionell

### Laufzeit

November 2019 – Dezember 2019

### Schlussresultate

200 Mitarbeitende aus allen Bereichen und Betrieben des Kompetenzzentrums haben die Möglichkeit genutzt, sich während der Arbeitszeit über verschiedene Gesundheitsaspekte und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu informieren. Das Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeitenden, die das Angebot genutzt haben, konnten wir stärken, und durch konkrete Vorschlägen zum Kochen, Bewegen und Entspannen unterstützen. Das Bewusstsein für die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit wurde gestärkt und die Sensibilität für die Selbstwirksamkeit gefördert. Die verschiedenen Themenbereiche, Anregungen und Probierstationen stiessen auf Begeisterung. Während den informellen Gesprächen mit den Mitarbeitenden konnten bereits Anregungen und Bedürfnisse für die betriebliche Seite der Gesundheitsförderung erfahren. Aspekte wie Ruhemöglichkeiten für Mitarbeitende, ein ausgewogenes gesundes Mittagmenü für Mitarbeitende zur Auswahl oder Arbeitsplatz- und Arbeitsablaufgestaltung nach ergonomischen Prinzipien, wurden immer wieder genannt.

### 18.2.3 Reorganisation / Neuauflage Memory Clinic

#### **Ziele**

Die Memory Clinic läuft seit Jahren hoch defizitär – mit den neuen erweiterten Öffnungszeiten soll eine massive Effizienzsteigerung – Erhöhung der Fälle um 50% erreicht werden. Um diese Effizienzverbesserung zu erreichen, müssen diverse Prozesse angepasst und optimiert werden. Vor allem bei der Planung (Aufgebot) und der Dokumentation sind diverse Verbesserungsmöglichkeiten vorhanden. Ein wichtiger Punkt ist auch die Verkürzung der Wartezeit, so wartet ein Hausarzt in der Regel ab dem Zeitpunkt der Anmeldung eines Patienten bis zu zwei Monaten auf den Bericht, der Patient selber auf seinen ersten Termin bis zu 1½ Monate.

Ziele die erreicht werden sollen:

- Effizienzsteigerung
- Verkürzung der Wartezeit, Zeitmanagement (Untersuchungsplanung)
- Sekretariatsarbeiten und zentrale Terminplanung
- Optimierung Berichtswesen
- Abwesenheiten und Informationsmanagement
- Schulung der Assistenzärzte

#### **Involvierte Berufsgruppen**

interprofessionell

#### **Laufzeit**

November 2018 - März 2019

#### **Schlussresultate**

Mit den neuen Raumressourcen und nach einer Analyse der bestehenden Prozesse, konnte ein Konzept erarbeitet werden, das die wesentlichen Prozesse wie Planung, Dokumentation, Berichtswesen, die Assistentensituation und die Vertretungsregelung beinhaltet. Die Umsetzung des Konzepts in den Betrieb und die Anpassungen im Patientenmanagementsystem sind erfolgt.

## 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 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.

### 18.3.4 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 interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.
5. Das Unternehmen verfügt über Richtlinien und Instrumente zur Bewältigung von Konflikten und schwierigen Situationen.

### 18.3.5 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.

### 18.3.6 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.

### 18.3.7 Sichere Medikation

1. Ein Konzept regelt relevante Aspekte der sicheren Medikation. Dieses Konzept wird regelmässig evaluiert.
2. Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird eine Medikamentenanamnese erhoben und dokumentiert.
3. Bei medikamentösen Neuverordnungen wird die Patientin bzw. der Patient über die relevanten Aspekte der Arzneimittelverordnung in geeigneter Form informiert.
4. Eine Arzneimittelliste gibt Auskunft darüber, welche Arzneimittel im Unternehmen in welcher Wirkstärke und Applikationsform zur Verfügung stehen.
5. Das Unternehmen verfügt über Richtlinien und/oder Standards bezüglich des Verschreibens, Bestellens und Richtens und Verabreichens von Arzneimitteln.
6. Arzneimittel werden in einer sicheren und sauberen Umgebung gelagert.
7. Unerwünschte Ereignisse und Fehler im Medikationsprozess werden erfasst und im Team besprochen, und es werden Massnahmen zu deren Verhinderung umgesetzt.
8. Austretende Patientinnen und Patienten werden über ihre Austrittsmedikation in geeigneter Form informiert. Das Konzept zeigt auf, wie die Information an die nachsorgenden Partner erfolgt.

### 18.3.8 Bewegungseinschränkende Massnahmen

1. Das Spital umschreibt, was unter einer bewegungseinschränkenden Massnahme zu verstehen ist.
2. Das Spital bzw. das Heim regelt verbindlich Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung, Überwachung und Aufhebung der bewegungseinschränkenden Massnahme sowie die Dokumentation.
3. Das Konzept wird in regelmässigen Abständen evaluiert. Seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Angemessenheit wird überprüft.
4. Das Verständnis und das Einverständnis der Mitarbeitenden und der Angehörigen mit dem Konzept werden regelmässig überprüft.
5. Die Mitarbeitenden werden regelmässig über den Stand der Arbeiten, über die Ergebnisse der Überprüfungen und über ausserordentliche Ereignisse im Zusammenhang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen informiert.

## **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.

## 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

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

Onkologie
Radio-Onkologie

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://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](http://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**):

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).