



Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+



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 2020.

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 2020

Dr. phil.
Tima Plank
Leitung Qualitätsmanagement
+41 71 987 3137
thiemuth.plank@srft.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 | 9 |
| 3 Qualitätsstrategie | 10 |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020 | 10 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 | 12 |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 14 |
| 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten | 15 |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen | 15 |
| 4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen | 16 |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen Spital- und klinikeigenen Messungen | 17 |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte | 19 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen | 25 |
| 4.5 Registerübersicht | 26 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 28 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 31 |
| Befragungen | 32 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 32 |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | 32 |
| 5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie | 34 |
| 5.3 Eigene Befragung | 35 |
| 5.3.1 Laufende Umfrage mittels Patientenfeedbackbogens | 35 |
| 5.4 Beschwerdemanagement | 35 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit | |
| Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | 36 |
| 7.1 Eigene Befragung | 36 |
| 7.1.1 Aktuell wird eine MA-Befragung für den gesamten Spitalverbund abgeklärt | 36 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | 37 |
| 8.1 Eigene Befragung | 37 |
| 8.1.1 Zuweisermanagement Kontaktpflege | 37 |
| Behandlungsqualität | 38 |
| 9 Wiedereintritte | 38 |
| 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen | 38 |
| 10 Operationen | |
| Eine potenziell vermeidbare Reoperation wird je Einzelfall analysiert. | |
| 11 Infektionen | 40 |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | 40 |
| 12 Stürze | 42 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 42 |
| 12.2 Eigene Messung | 43 |
| 12.2.1 Vollerfassung Stürze | 43 |
| 13 Wundliegen | 44 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus | 44 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | 46 |
| 14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie | 46 |
| 14.2 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen | 47 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 14.2.1 | Seltenes Vorkommnis: Einzelfälle > das Thema wird beobachtet. | 47 |
| 15 | Psychische Symptombelastung | 48 |
| 15.1 | Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie | 48 |
| 16 | Zielerreichung und Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag. | |
| 17 | Weitere Qualitätsmessung | 49 |
| 17.1 | Weitere eigene Messung | 49 |
| 17.1.1 | Stakeholderumfragen..... | 49 |
| 18 | Projekte im Detail | 50 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 50 |
| 18.1.1 | eOPPS | 50 |
| 18.1.2 | Gastronomiekonzept..... | 50 |
| 18.1.3 | Projekt New Intranet..... | 50 |
| 18.1.4 | Harmonisierung des Ein- und Austrittsmanagements..... | 50 |
| 18.1.5 | Vorbereitung der Infrastruktur für die Strategieumsetzung | 51 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 | 51 |
| 18.2.1 | Bewältigung der Pandemiewellen | 51 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 51 |
| 18.3.1 | siehe Zertifizierungsübersicht | 51 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 52 |
| Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot | | 53 |
| Akutsomatik | | 53 |
| Herausgeber | | 55 |

1 Einleitung

Die Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT) stellt die medizinische Grundversorgung mit einem 24-Stunden-Notfalldienst in der Region sicher und erbringt in Ergänzung dazu auch über die Region hinaus spezialisierte medizinische Dienstleistungen. Eingebettet in den St.Galler Spitalverbund, steht auch die SRFT mitten im politischen Spannungsfeld der qualitativ zukunftsfähigen und finanzierbaren kantonalen Gesundheitsversorgung. Das Jahr 2020 war zudem durch die Covid-19-Pandemie aussergewöhnlich und für alle Akteure herausfordernd. Ohne Bündelung der Kräfte auf die Basis unserer Versorgungskonzepte hätten wir die vielfältigen Herausforderungen nicht bewältigen können. Hier gilt unser grosser Dank all unseren Mitarbeitenden, welche in ihrer täglichen Qualitätsarbeit Unmögliches möglich gemacht haben.

Gerade in solchen herausfordernden Situationen erweist sich gelebtes Qualitäts- und Risikomanagement als zentral. Mit der Bearbeitung von zentralen Aspekten der Patientenversorgung in den acht Standards der Zertifizierung nach SanaCERT Suisse, der unabhängigen Schweizerischen Stiftung für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird kontinuierlich - auch in herausfordernden Zeiten - die Patientensicherheit gewährleistet und erhöht. Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten werden als Quelle der kontinuierlichen Weiterentwicklung im leanmässigen Sinne des "patient first" laufend bearbeitet; die Synergienutzung im Spitalverbund wird intensiviert. Kontinuierliche Qualitätsentwicklung steht dabei im Fokus - angefangen vom Outsourcing der Spitalapotheke an das Kantonsspital St.Gallen bis hin zum Betreiben eines gemeinsamen Meldecenters im Rahmen des Umgangs mit kritischen Zwischenfällen. Dies alles - und noch vieles mehr - erachten wir als zentrale Grundlage, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen weiterhin gewachsen zu sein.

Als einer der Grundpfeiler ist die Qualität im Leitbild der SRFT verankert. Qualität bedeutet für uns dabei eine Orientierung an der Patientin, am Patienten und ist Ausdruck unserer täglichen Arbeit. Herzlich umsorgt und qualitativ hochstehend versorgt - dies ist nur möglich mit einem in allen Bereichen implementierten Qualitätsmanagement, welches durch die SanaCERT Zertifizierung und weiteren Zertifizierungen auch von aussen als sehr gut funktionierend sichtbar gemacht wird.

Wir bieten eine kontinuierliche, umfassende und hohe Behandlungsqualität. Die hohe Patientenzufriedenheit attestiert uns, auf dem richtigen Weg zu sein. Die für uns wichtigste Botschaft und Grundhaltung dabei ist: Bei allem was wir tun, handeln wir mit Herz und Kompetenz. Unsere herzlich engagierten und fachlich kompetenten Mitarbeitenden stellen sich in den Dienst der Patientinnen und Patienten. Das ist für uns gelebte Qualität und unser Selbstverständnis.

Freundliche Grüsse

René Fiechter

Vorsitzender der Geschäftsleitung

Bericht genehmigt durch die Geschäftsleitung SRFT / 28.05.2021

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Direkte Vernetzung von Qualitäts- und Risikomanagement

Das Qualitätsmanagement SRFT integriert das Risikomanagement der Spitalregionen 1 bis 4. Damit können sinnvolle Synergieeffekte erzielt werden, damit möglichst ressourcenorientiert gearbeitet werden kann. Einige Themenbereiche aus dem Risikomanagement wie Personenschäden, medizinische Risiken, Infekterfassung und Hygiene haben einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement und werden grösstenteils auch dort bearbeitet. Im Bereich des Qualitätsmanagements ist die Vernetzung der verschiedenen Qualitätsthemen mit dem Risikomanagement unter anderem im SanaCERT-Standard "Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS) deutlich spürbar. Im Berichtsjahr wurde von der Geschäftsleitung im Rahmen der Genehmigung der Jahresziele 2021 entschieden, das Risikomanagement auch formal bis Ende 2021 in das Qualitätsmanagement zu integrieren.

Organisatorische Eingliederung

Das Qualitätsmanagement ist der Leitung Unternehmensentwicklung (Stabsstelle) direkt unterstellt. Die Leitung Qualitätsmanagement informiert regelmässig die Geschäftsleitung über zentrale Q-Themen wie beispielsweise die ANQ Messergebnisse. Es werden zudem Aufträge von der Geschäftsleitung erteilt und über die Verantwortlichen an die Zuständigen (z.B. Qualitätszirkel, Risikoeigner) übergeben. Das Risikomanagement wird von der kantonalen Steuergruppe Risikomanagement St.Gallen aus koordiniert und überwacht. Sowohl der Leiter Unternehmensentwicklung als auch die Leiterin Qualitätsmanagement haben Einsitz in der kantonalen Steuergruppe. Nach formaler Integration des Risikomanagements in das Qualitätsmanagement liegt die Hauptverantwortung bei der Leitung Qualitätsmanagement.

Gremien und Aufgaben des Qualitätsmanagements SRFT:

Geschäftsleitung

- Trägt die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement und das Risikomanagement der SRFT
- Wählt die Leitung Qualitätsmanagement und die Mitglieder der Qualitätskommission
- Legt die Strategie und Organisation fest
- Ist verantwortlich für die Zielsetzungen
- Stellt fachliche, personelle und finanzielle Mittel zur Verfügung

Qualitätskommission

- Ist verantwortlich für die Erarbeitung, Aktualisierung und Umsetzung des QM- und Risikomanagementkonzeptes
- Erarbeitet jährlich QM-Ziele, die sich an der Unternehmensstrategie und deren Zielen orientieren, von dort abgeleitet werden und legt diese der Geschäftsleitung zur Genehmigung vor und überwacht die Zielerreichung
- Erarbeitet Umsetzungsvorschläge zur Qualitätsentwicklung zuhanden der Geschäftsleitung
- Überwacht die Koordination zwischen den einzelnen Qualitätsprojekten und Qualitätszirkeln
- Steht in engem Kontakt zu den Risikoverantwortlichen betreffend Massnahmenplanung und -umsetzung bei Risiken
- Stellt die Information zur Geschäftsleitung sowie zu den verschiedenen internen und externen Qualitätsgremien sicher

Leiter Unternehmensentwicklung

- Ist Mitglied der Qualitätskommission
- Übernimmt in Absprache mit der Leitung Qualitätsmanagement das Reporting an die Geschäftsleitung
- Ist Delegierter Risikomanagement der SRFT in der kantonalen Steuergruppe

Risikomanagement (bis 2021)

Leitung Qualitätsmanagement

- Hat den Vorsitz in der Qualitätskommission
- Erstellt jährlich einen Qualitätsbericht
- Ist verantwortlich für die Durchführung von internen und externen Audits
- Überwacht die Zielerreichung in den einzelnen Qualitätszirkeln
- Pflegt Kontakte zu den andern Spitalregionen vom Kt. St.Gallen und zu weiteren Qualitätsnetzwerken und Institutionen
- Ist Risikomanager/in der SRFT (ab 2021: Delegierte Risikomanagement der SRFT in der kantonalen Steuergruppe Risikomanagement)

Die Aufgaben bzw. Verantwortlichkeiten im kantonalen Risikomanagement St.Gallen sind spitalverbundweit geregelt.

Moderator/in eines Qualitätszirkels

- Ist verantwortlich für die inhaltliche Erarbeitung, Entwicklung und generelle Umsetzung der Standardkriterien
- Ist verantwortlich für die Umsetzung von Auflagen und Empfehlungen aus internen und externen Audits
- Erarbeitet jährlich QM-Ziele für den entsprechenden sanaCERT-Standard und ist für die Zielerreichung verantwortlich
- Stellt den regelmässigen Informationsfluss zur Leitung Qualitätsmanagement sowie zur Qualitätskommission sicher
- Die Arbeitsweise und Vorgaben für Qualitätszirkel sind in entsprechenden Reglementen geregelt

Moderatoren/ in eines Qualitätsteams/ Expertenteams:

Expertenteams:

- Bearbeitung interprofessioneller/ interdisziplinärer Themen
- Expertenteams sind spezialisierte Fachteams, die das Behandlungsteam unterstützen oder Patienten zugewiesen erhalten
- Expertenteam-Mitglieder verfügen in der Regel über eine Fachweiterbildung oder spezialisiertes, aktuelles Fachwissen im betreffenden Gebiet

Qualitätsteams (Qualitätszirkel):

- Bearbeitung interprofessionelle/ interdisziplinäre Themen wie z.B. SanaCERT Standards
- Weiterbearbeitung auf SRFT-Ebene erforderlich / sinnvoll
- Thema in allen Bereichen verankern
- Durchführung von internen Audits, sofern sinnvoll
- Alle Fachpersonen verfügen über Grundwissen zum Thema

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **140** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. phil. Tima Plank
Leitung Qualitätsmanagement
+41 71 987 3137
thiemuth.plank@srft.ch

Herr Daniel Meier
Leitung Unternehmensentwicklung
+41 71 987 3123
daniel.meier@srft.ch

3 Qualitätsstrategie

Leitbild (Auszug)

Der Anspruch der SRFT an Qualität bewegt sich auf hoher Ebene respektive die Qualitätshaltung hat einen hohen Stellenwert in der SRFT. Aus diesem Grund stellt die Qualität einer der drei zentralen Pfeiler in unserem Leitbild dar. Unter dem Fokus „Qualität und Kooperation im Handeln“ ist definiert: „Wir stellen hohe Ansprüche an die Qualität unserer Arbeit.“. Damit ist sichergestellt, dass der Qualitätsgedanke im Leitbild zentral verankert ist.

Leitsätze

Qualitätsmanagement ist für uns die Sicherstellung einer hohen Behandlungs- und Betreuungsqualität sowie das Erreichen einer hohen Zufriedenheit unserer strategisch wichtigen Anspruchsgruppen Patient/-in, Mitarbeitende und Zuweisende. Diese Leitsätze setzen wir mit verschiedenen Massnahmen um wie beispielsweise:

- Die Patientenzufriedenheit erfassen und bearbeiten wir mit dem Formular "Ihre Meinung ist uns wichtig" (Feedbackmanagement), mit punktuellen Patientenbefragungen zu wichtigen Themen sowie mit Teilnahme an den zyklischen Nationalen Patientenzufriedenheitsmessungen des ANQ. Bei letzterem verwenden wir Zusatzfragen zu ausgewählten Themenbereichen (z.B. Sichere Medikation, Ernährung).
- Eine hohe Behandlungs- und Betreuungssicherheit soll mit verschiedenen Massnahmen der Qualitätsentwicklung im Sinne von SanaCERT Suisse erreicht werden: Schmerzbehandlung, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Infektionsprävention und Spitalhygiene, kontinuierliche Bearbeitung von Prozessen, Risikominimierung gemäss Risikomanagements.
- Die Zufriedenheit der Zuweisenden erfassen wir über einen regelmässigen Austausch und zyklische Befragungen.
- Die Mitarbeiterzufriedenheit wird periodisch erfasst. Die Resultate werden in diversen Arbeitsgruppen analysiert und bearbeitet.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

Umsetzung zentraler Massnahmen in den Pandemiewellen

- Das Berichtsjahr war - wie überall - gekennzeichnet von den beiden Pandemiewellen, welche auch uns in hohem Masse (heraus-)gefordert haben. Innert kürzester Zeit wurden Massnahmen wie entsprechende Triage, spezifische Bettenbelegungsvarianten, erhöhte Hygienevorkehrungen und Schutzmassnahmen umgesetzt. Die Zusammenarbeit innerhalb der Spitalverbunde, hier vor allem mit dem Kantonsspital St.Gallen bewährte sich abermals.
- Die Konfrontation mit einer weltweiten Pandemie als Hochrisiko zeigte auch Verbesserungspotenziale auf respektive generierte einen sehr hohen Erfahrungswert im Umgang mit Grossereignissen wie einer Pandemie.
- Die Erkenntnisse fliessen direkt in das Risikomanagement ein.

Optimiertes Qualitäts- und Prozessmanagement - Relaunch Intranet

- Die zentralen Leistungsprozesse (Chirurgie/ Orthopädie, Gynäkologie, Medizin, Akutgeriatrie, PSA, Notfallmedizin) sowie die pflegerischen Prozesse und Supportprozesse, Personalmanagement, Facility Management bewähren sich und werden laufend aktualisiert.
- Die Freigabe und damit Umsetzungsverpflichtung erfolgt laufend nach Erarbeitung von neuen Prozessen oder Anpassungen bereits bestehender.
- Anerkannte Behandlungsrichtlinien und interne wie externe Guidelines für das ärztliche Personal zeigen weiterhin in der Umsetzungspraxis sehr positive Effekte.
- Das Kick-off des Relaunch Intranet ist zeitgerecht erfolgt; im Zuge des Relaunch werden

Prozesse weiterhin optimiert und Dokumente aktualisiert. Zentrale Aspekte eines Intranets als optimales Arbeitsinstrument werden umgesetzt. Mit dem Go-live darf ab November 2021 gerechnet werden.

Hot-Spot Sichere Medikation

- Nach wie vor arbeitet der Qualitätszirkel SRFT "Sichere Medikation" an der Risikominimierung des Hot-Spots zur Sicheren Medikation kontinuierlich weiter. Hier werden Richtlinien, Handlungsanweisungen, ärztliche Guidelines im Sinne der Patientensicherheit erarbeitet und weiterentwickelt. Das entsprechende Konzept zur Sicheren Medikation wurde ganzheitlich revidiert und bildet eine fundamentale Grundlage für die Medikationssicherheit im Spitalalltag der SRFT.
- Im Bereich der Medikationssicherheit wird ab Januar 2021 der Zusammenarbeitsvertrag mit der Apotheke des Kantonsspitals St.Gallen umgesetzt. Damit kann eine optimale Synergie genützt werden, die direkten Nutzen auf die Medikationssicherheit bewirkt. Sowohl Lieferung als auch Betreuung durch das Kantonsspital St.Gallen zeigen erste positive Auswirkungen.
- Ein zentraler Begleiter in der Bearbeitung des Standards sind die Vorgaben und unterstützenden Hilfsmittel der Stiftung Patientensicherheit und der Stiftung SanaCERT Suisse, die die Arbeiten und den Aufbau von flankierenden Massnahmen entscheidend unterstützen und zu deren Weiterentwicklung beitragen.

Umgang mit kritischen Zwischenfällen - Migration CIRS Meldecenter

- Im Zuge der weiteren Synergienutzung innerhalb der Spitalregionen 1-4 wird die technische Lösung "Meldecenter" verbundswweit umgesetzt. Mit dem neuen Release werden Funktionalitäten geschaffen, welche die zentrale Arbeit im Umgang mit kritischen Zwischenfällen und in der Meldung an gesetzliche Meldesysteme (Vigilanzsysteme) optimal unterstützt.
- Die Migration in das neue Meldecenter konnte in der SRFT erfolgreich durchgeführt werden.

Patientensicherheit - unser höchstes Credo

- Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten bleibt in unserem Fokus: Mit optimalem Einführungsprogramm im ärztlichen Dienst, den wirkungsvollen Simulationstrainings in den Notfallstationen und der optimierten Durchführung von MMM-Konferenzen (mit Videokonferenzsystem) sowie kontinuierlichen Arbeiten in den Qualitätszirkeln der SanaCERT Standards sorgen wir in unserer täglichen Arbeit für eine optimale Patientensicherheit.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

Ein Hauptaugenmerk lag auch in diesem Jahr in der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Patientensicherheit im allgemeinen und im spezifischen Behandlungsprozess der Patientinnen und Patienten aller Ressorts. Als besondere Herausforderung war die Weiterentwicklung in der Pandemie zu vermehren.

Interne Audits als Vorbereitung für das Überwachungsaudit der Stiftung SanaCERT Suisse:

Im Sommer 2020 wurde an beiden Standorten wiederum interne Audits mit Begehungen der verschiedenen Bereiche durchgeführt. Diese Selbstbewertung diente einer Standortbestimmung und als Vorbereitung für das im Jahr 2020 terminierte obligatorische Überwachungsaudit durch SanaCERT Suisse. Verbesserungspotenziale wurden dabei erkannt sowie positive Weiterentwicklungen attestiert. Das im August 2020 stattgefundenen Überwachungsaudit nach SanaCERT Suisse bestärkte uns, - trotz reduziertem Kapazitätseinsatz aufgrund der Pandemiewellen - weiterhin auf gutem Wege zu sein. Wichtige Hinweise für weitere Verbesserungsschritte werden sukzessive umgesetzt, um kontinuierlich den Weg der Weiterentwicklung im Sinne des PDCA-Qualitätskreislaufes weiter zu gehen.

Infektionsprävention und Hygiene:

Die jahrelange Weiterentwicklungsarbeit in diesem ehemaligen SanaCERT zertifizierten Standard hat sich in der Umsetzung der Pandemiewellen bewährt gemacht. So konnte auf Bestehendes innert kurzer Zeit zugegriffen werden. Die Zusammenarbeit mit der Spitalhygiene des Kantonsspitals St.Gallen zeichnet sich nach wie vor als positiv aus. Der Standard wurde von uns in qualifizierter, strukturierter Form in den Betrieb überführt und künftig über ein Peer-Review mit externen Fachexperten überprüft.

SanaCERT Standard Schmerzbehandlung:

Der Akutschmerzdienst SRFT an den Standorten Wattwil und Wil ist im Betrieb verankert sowie der Einsatz von Pain Nurses im gesamten Unternehmung umgesetzt. Die Leistungen und geltende Konzepte des Standards Schmerzbehandlung sind übersichtlich zusammengefasst. Weiterhin wird an zentralen Behandlungsaspekten gearbeitet. Eine stationäre Patientenumfrage zum Thema "Wie zufrieden waren Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit der Schmerzbehandlung" wird in 2021 umgesetzt.

SanaCERT Standard Abklärung, Betreuung, Behandlung in der Notfallstation:

Die zentralen Notfallprozesse sind für die SRFT erstellt, Prozessmessgrößen definiert und in die Prozesse integriert. In der Umsetzung erweisen sich die erarbeiteten Prozesse als zielführend und geben einen strukturierten, nutzbringenden Rahmen.

Die Notfallstationen als zentrale Eintrittspforte für Patientinnen und Patienten haben relevante Schnittstellenprozesse erarbeitet und in "gelebte" Praxis umgesetzt; ein Umstand, welcher vor allem in den Pandemiewellen sehr positiv zum Tragen kam.

SanaCERT Standard Abklärung, Betreuung, Behandlung:

In allen Bereichen des Klinischen Behandlungsalltages wurden die Arbeiten der Prozessentwicklung aktiv vorangetrieben und unterstützen die professionelle Umsetzung im Klinikalltag.

SanaCERT Standard Ernährung:

Im Bereich Ernährung konnte ein ganzheitliches Konzept entwickelt werden, welche Kostformen / Diäten und neueste Erkenntnisse aus der Ernährungsmedizin inkludiert. Weitere Richtlinien wie Richtlinie zur Nahrungsverweigerung sind aktuell in Erarbeitung; das neue Gastronomiekonzept wird zudem Facetten der modernen Ernährung für alle Anspruchsgruppen umfassen. Das zentrale Einsatzinstrument "NRS" (Nutritional Risk Score; Screening von Mangelernährungszuständen) wird standortübergreifend in der SRFT eingesetzt. Die Rückmeldungen aus dem internen Beschwerdemanagement werden im Qualitätszirkel Ernährung diskutiert und bearbeitet. Die Zusammenlegung der verschiedenen in diesem Bereich tätigen Gruppen wird als

erfolgreich, zielführend und wirkungsvoll beurteilt.

SanaCERT Umgang mit kritischen Zwischenfällen:

Das neue Meldeportal "Meldecenter" konnte - zur Optimierung der Prozesse - haus- und verbundswweit erfolgreich umgesetzt werden. Zeitgleich entsteht aktuell aufgrund eines Anstosses der SRFT ein verbundswweites CIRS-Konzept. Dieses schafft die Basis für eine kontinuierliche Weiterentwicklung und ein "Lernen voneinander" im Spitalverbund St.Gallen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätssicherung und -entwicklung:

Qualitätssicherung und -entwicklung heisst für die SRFT, gemeinsam einen Weg der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung im Sinne der Patientensicherheit und aller am Behandlungs- und Betreuungsprozess Beteiligten weiter zu beschreiten. In der Spitallandschaft St.Gallen ist dabei von elementarer Bedeutung, Synergien für eine gemeinsame Zukunft zu nutzen. Dies bedeutet konkret, die eigenen Leistungen zu reflektieren, neue Abläufe zu definieren, Bestehende kritisch zu hinterfragen, herausfordernde Antworten zu suchen und vor allem neue Wege zu gehen.

Mit dieser Haltung entstehen im besten Fall Innovationen, vor allem jedoch bringt sie die Qualität der Patientenversorgung auf ein höheres Niveau. Qualität - so zeigt sich hier - ist ein **zentraler Bestandteil in der Vision und Strategie der SRFT.**

Qualitätsmanagementziele 2021:

Aufgrund der Pandemiewelle hat sich die Evaluation der Qualitätsziele 2018/2019 auf 2020 verschoben respektive wurde die Gelegenheit wahrgenommen, **umfassende Qualitätsziele für 2021** zu bilden:

- **Umsetzung der Messempfehlungen des ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken:** Die Ergebnisse der aktuellen Messempfehlungen weisen keine negativ signifikanten Auffälligkeiten auf.
- **Phase der SanaCERT Re-Zertifizierung 2021:** Die Re-Zertifizierung 2021 wird erreicht.
- **Umfragen:** Das Umfragekonzept ist erstellt und verabschiedet; die permanente Patientenumfrage ist inhaltlich und technisch (inklusive Reporting) evaluiert
- **Integration Risikomanagement:** Das Qualitätsmanagement ist durch die Integration des Risikomanagements als letzten Baustein eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems erweitert.

Bearbeitung qualitätsrelevanter Themen in Qualitäts- und Expertenteams: Innerhalb dieser Teams werden fachspezifische Themen durch interprofessionelle und interdisziplinäre Teams entwickelt, weiterentwickelt, aufgebaut und im Unternehmen gesamthaft über gezielte Schulungen und Informationen verankert.

Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Aufgrund der Spitalstrategie im Kanton St.Gallen wird in zentralen Aspekten eine Synergie hergestellt. Diese Grundhaltung in Richtung Zukunft wird von der SRFT vollumfänglich mitgetragen. So können Verbindungen geschaffen werden, welche allen Beteiligten und schlussendlich der Patientin, dem Patienten vollumfänglich dienen. Bewährtes soll und darf dabei weiterbestehen; eingebettet in den Verbund respektive umgesetzt in einer ganzheitlichen Lösung. Als Beispiele sind erwähnt:

- > Gemeinsames CIRS Meldecenter
- > Auslagerung Spitalpharmazie (Spitalapotheke) mit Lieferung und Betreuung durch das Kantonsspital St. Gallen
- > Vernetzung von verschiedenen weiteren Systemen zum Zwecke der vermehrten Digitalisierung
- > Kantonales Qualitätsmanagement
- > Kantonales Risikomanagement

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, curafutura 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: | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
|--|---|---|
| <i>Akutsomatik</i> | | |
| ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | √ | √ |
| ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape | √ | √ |
| ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso | √ | √ |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz | √ | √ |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus | √ | √ |

| | | |
|---|--|---|
| <i>Psychiatrie</i> | | |
| ▪ Erwachsenenpsychiatrie | | |
| – Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie | | √ |
| – Symptombelastung (Fremdbewertung) | | √ |
| – Symptombelastung (Selbstbewertung) | | √ |
| – Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen | | √ |

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

| | | |
|--|---|---|
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt: | |
| | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| ▪ Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS) | √ | √ |
| ▪ Kantonales Risikomanagement | √ | √ |

Bemerkungen

Der Nachweis eines gut funktionierenden Qualitätsmanagementsystems nach SanaCERT Suisse, Bern ist gemäss Entscheid des Verwaltungsrats der Spitalregionen des Kantons St.Gallen umzusetzen. Damit wird eine flächendeckende Qualitätssicherung gewährleistet respektive auch nach aussen sichtbar gemacht.

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: | | |
|---|---|---|
| | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| <i>Patientenzufriedenheit</i> | | |
| ▪ Laufende Umfrage mittels Patientenfeedbackbogens | √ | √ |
| <i>Zuweiserzufriedenheit</i> | | |
| ▪ Zuweisermanagement Kontaktpflege | √ | √ |

| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
|---|---|---|
| <i>Stürze</i> | | |
| ▪ Vollerfassung Stürze | √ | √ |
| <i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i> | | |
| ▪ Seltenes Vorkommnis: Einzelfälle > das Thema wird beobachtet. | √ | √ |
| <i>Weitere Qualitätsmessung</i> | | |
| ▪ Stakeholderumfragen | √ | √ |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Qualitätsmanagement allgemein

| | |
|--|--|
| Ziel | Kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung in allen Bereichen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Kontinuierlich |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Methodik | Gewährleistung des PDCA-Zyklus |
| Involvierte Berufsgruppen | Alle Berufsgruppen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Punktuell in diversen Projekten |

Erfassen von Patientenurteilen laufend und ANQ Patientenumfrage

| | |
|--|---|
| Ziel | Hohe Patientenzufriedenheit / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Permanentumfrage (Feedbackbogen) und punktuell (ANQ Nationale Pat.umfrage) |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt. |
| Begründung | Strategisch wichtige Anspruchsgruppe: Patient/-in |
| Methodik | Qualitative und quantitative Fragebögen |
| Involvierte Berufsgruppen | Qualitätsmanagement, Pflegepersonal, Ärzteschaft, Qualitätszirkel |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Analyse der Ergebnisse, Ableiten von Massnahmen mit den Verantwortlichen, Adaptation und Umsetzung von Verbesserungen im Gesamtspital |

Kantonales Risikomanagement

| | |
|--|--|
| Ziel | Risikominimierung (Risiken werden prozessbezogen und unternehmensweit identifiziert, bewertet, ausgewertet und Massnahmen erarbeitet) |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital in Kooperation mit dem Kantonalen Riskmanagement Kanton SG |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | kontinuierlich |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt. |
| Begründung | Das Risikomanagement wird von der Kantonalen Steuergruppe Risikomanagement aus koordiniert und überwacht. Aufträge werden aufgrund der Risiken erteilt und gelangen über die Verantwortlichen aus der Steuergruppe an die verschiedenen Risikoeigner. Als Kontrollorgan fungiert die Geschäftsleitung. |
| Methodik | Identifikation / Analyse von Risiken mit Verantwortlichen (Risikomatrix), Ableitung von Massnahmen zur Risikominimierung |
| Involvierte Berufsgruppen | Kaderpersonen auf oberster Führungsebene, Geschäftsleitungsmitglieder, Leitung Unternehmensentwicklung, Leitung QM |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliche Berichterstellung an Verwaltungsrat Kanton St. Gallen |

Infektionsprävention und Spitalhygiene

| | |
|--|---|
| Ziel | Vermeidung von nosokomialen Infekten |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Erhöhung Patientensicherheit |
| Methodik | Anwendung der im Kanton erarbeiteten Guidelines und Standards |
| Involvierte Berufsgruppen | Fachexpertinnen für Spitalhygiene und Infektionsprävention; Hygienekommission, Zusammenarbeit mit KSSG |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Regelmässige Erfassungen von Wundinfektionen nach Operationen aufgrund Vorgaben von Swiss-Noso; externe Überprüfung via SanaCERT Suisse |

Systematische Bearbeitung von kritischen Zwischenfällen (CIRS Critical Incident Reporting System)

| | |
|--|---|
| Ziel | CIRS ermöglicht die Ermittlung von Verbesserungspotenziale zur Vermeiden von Schadensfällen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Obligatorisch im Kanton vorgegebener Standard der SanaCERT Re-Zertifizierung; am Behandlungsalltag orientierte Möglichkeiten, Fehler strukturiert zu identifizieren und wirkungsvolle Massnahmen zur Risikominimierung abzuleiten |
| Methodik | Meldung im CIRS Meldecenter (Intranet), kantonalweites System |
| Involvierte Berufsgruppen | CIRS-Verantwortliche SRFT (ärztliche und pflegerische Vertretungen) |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungssitzungen, interne Audits um systematische Schwachstellen zu erkennen;Ableiten von Massnahmen. Weiterleitung von erkannten Vigilanz Meldungen (Hämovigilanz und Pharmakovigilanz, Materiovigilanz an die entsprechenden Gremien und damit Erfüllen der gesetzlichen Meldepflicht an Swissmedic; externe Überprüfung via SanaCERT Suisse |

Erfassung von Sturzmeldungen (Meldecenter)

| | |
|--|---|
| Ziel | Erfassung der Stürze im Spital / Erarbeitung von Massnahmen zur Sturzvermeidung / Vermeidung schwerwiegender Sturzfolgen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Sturzprävention / Sturztendenzen: Entwicklung erkennen und schwerwiegende Sturzfolgen reduzieren |
| Methodik | Erfassung von Sturzereignissen im Meldecenter nach anerkannten Vorgaben |
| Involvierte Berufsgruppen | Leiterin Pflegeentwicklung SRFT und Qualitätsteam Sturzprävention |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungen, Auswertungen und Ableitung von Massnahmen; externe Evaluation via ANQ Prävalenzmessung Sturz/Dekubitus |

Schmerzbehandlung

| | |
|--|---|
| Ziel | Optimiertes Schmerzmanagement. Basis: Schmerzkonzept samt Weisungen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Ziel: 90% unserer Patientinnen und Patienten sind mit der Schmerzbehandlung zufrieden |
| Methodik | Anwendung von anerkannten Assessmentinstrumenten zur Schmerzerfassung und Dokumentation |
| Involvierte Berufsgruppen | Fachexperten Anästhesiepflege mit Zusatzausbildung Pain-Nurse, Fachärzte Anästhesie, Medizin und operative Kliniken, Sozialdienst, Physiotherapie und Konsiliarärzten der Psychiatrie; QZ Schmerzbehandlung |
| Evaluation Aktivität / Projekt | zweijährliche Überprüfungen mit Patienten/ MA-Befragungen zur Erfassung Qualität der Schmerzbehandlung; externe Überprüfung via SanaCERT Suisse |

Abklärung, Behandlung, Betreuung

| | |
|--|---|
| Ziel | Die zentralen klinischen Leistungsprozesse (Schlüsselprozesse) inklusive aller notwendigen Begleitdokumente und Patienteninformationen sind erfasst und unterstützen alle im Behandlungs- und Betreuungsprozess involvierten Personen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Gewährleistung einer optimalen Behandlungs- und Betreuungsqualität |
| Methodik | Erfassung der Prozesse im IBO- Prozesstool mit mitgeltenden Dokumenten wie Guidelines, Behandlungspfaden, Standards usw. |
| Involvierte Berufsgruppen | Interdisziplinär und interprofessionell auf allen Stufen und Verantwortungsbereichen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Laufende Bearbeitung nach dem PDCA-Zyklus; externe Überprüfung via SanaCERT Suisse |

Abklärung, Behandlung und Betreuung auf der Notfallstation

| | |
|--|---|
| Ziel | Zentrale Behandlungsprozesse der Notfallstationen sind standortübergreifend erarbeitet und im Betriebskonzept der Notfallstationen integriert |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Notfall-Stationen Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Die entsprechenden Prozesse haben in der SRFT Weisungscharakter und bilden den "Roten Faden" für eine am Kundenbedürfnis orientierte Behandlung |
| Methodik | Erfassung der Prozesse im IBO-Prozesstool, Konzept Prozessmanagement; Gewährleistung der SanaCERT Standardelement-Anforderungen |
| Involvierte Berufsgruppen | Interdisziplinär und interprofessionell auf allen Stufen und Verantwortungsbereichen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Laufende Bearbeitung nach dem PDCA-Zyklus; externe Überprüfung via SanaCERT Suisse |

Ernährung

| | |
|--|--|
| Ziel | Erfassung von Mangelernährung bei Patientinnen/-en aufgrund standardisierter Assessments; Basis: Konzept Ernährung |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Sicherstellung einer optimalen Behandlungs- und Betreuungsqualität |
| Methodik | Erfassung der Prozesse im IBO-Prozesstool; Durchführung NRS |
| Involvierte Berufsgruppen | Interdisziplinär und interprofessionell auf allen Stufen und Verantwortungsbereichen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Laufende Bearbeitung nach PDCA-Zyklus; externe Überprüfung via SanaCERT Suisse |

Expertenteams: Diabetes mellitus, chronische Wunden, Palliative Care, Ethische Beratung, NIV (Nicht invasive Ventilation)

| | |
|--|---|
| Ziel | Kompetente Betreuung dank interprofessionellen und interdisziplinären Spezialisten-Teams |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Multiplikation von Fachwissen, Fachknow-how in der SRFT |
| Methodik | Etablierte Methoden wie Prozessmanagement; Fachsitzungen |
| Involvierte Berufsgruppen | Fachteams mit ausgewiesenem Expertenwissen, die in den angegebenen Bereichen fachliches Know-How zur Verfügung stellen, weitergeben und als Multiplikator für den Wissenstransfer und dessen Umsetzung zur Verfügung stehen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Kommunikation der erreichten Ziele und laufender Aktivitäten an die Geschäftsleitung |

Sichere Medikation

| | |
|--|--|
| Ziel | Erhöhung Medikationssicherheit (als Hot-Spot) |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtspital |
| Standorte | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Systematischer, sicherer Medikationsprozess von Eintritt bis Austritt unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit |
| Methodik | Erfassung der Prozesse im IBO- Prozesstool |
| Involvierte Berufsgruppen | Interdisziplinär und interprofessionell auf allen Stufen und Verantwortungsbereichen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Laufende Bearbeitung nach PDCA-Zyklus und in interdisziplinärem, interprofessionellem Qualitätszirkel; externe Überprüfung via SanaCERT Suisse |

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 2015 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

Das Ziel eines jeden CIRS ist die Fehlerprävention in einer positiven Grundhaltung durch aktives Mitwirken aller Beteiligten.

Durch ein lebendiges, positiv gelebtes CIRS werden durch das Melden von kritischen Zwischenfällen Verbesserungspotenziale ermittelt, analysiert und durch systematisches Bearbeiten Lösungen umgesetzt und im Betrieb etabliert sowie dadurch Schadensfälle vermieden. Zentrales Element ist das Commitment der Unternehmung zur "Sicherheitskultur"

Was verstehen wir unter Fehlerkultur (*Auszug wikipedia/ 2015*):

"Häufig werden die Begriffe Fehlerkultur und Fehlermanagement synonym verwendet.

Richtigerweise muss jedoch eine Unterscheidung zwischen "Fehlermanagement" und Fehlerkultur vorgenommen werden: Während unter Fehlermanagement die gezielte Steuerung von Aktivitäten im Umgang mit Fehlern verstanden wird und damit Fehlermanagement das Einführen und Durchführen bestimmter Methoden benennt, bezeichnet der Begriff **Fehlerkultur die Art und Weise, wie eine Organisation mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgeht.**

Die Fehlerkultur ist folglich in der Nähe der Organisationskultur angesiedelt. Obschon sie wie diese zu den weichen Faktoren gezählt wird, hat sie maßgeblichen und direkten Einfluss auf harte Faktoren wie Qualitätsstandards, Innovationspotenzial, Produktivität sowie die Wettbewerbsfähigkeit einer Organisation. Denn die Art und Weise, wie Fehler betrachtet und bewertet werden und wie mit Fehlern im Alltag umgegangen wird, wirkt zentral auf die Leistungsfähigkeit des Unternehmens."

Bei schwerwiegenden Ereignissen wird die systematische Fehleranalyse beispielsweise - sofern sinnvoll - mittels "London-Protokoll" durchgeführt.

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 sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen: | | | | |
|---|--|---|----------------|-----------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab Jahren | Standorte |
| AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung | Adjumed Services AG www.aqc.ch | Seit Jahren | Alle |
| ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch | Seit Jahren | Alle |
| Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | Seit Jahren | Alle |
| SIRIS Schweizerisches Implantatregister | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ | Seit 2013 | Alle |
| Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen | Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin | Verein Swissnoso www.swissnoso.ch | seit Jahren | Alle |

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen:: | | | |
|---|----------------|--|-----------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Standorte |
| KR SGA | Alle | ostschweiz.krebsliga.ch/ | Alle |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| Krebsregister St. Gallen-Appenzell | | | |
|------------------------------------|--|--|--|

Bemerkungen

Entsprechende Ergebnisse werden ausgewertet und - sofern möglich - mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen. Massnahmen zur Qualitätssteigerung werden in den Kliniken erarbeitet und im Sinne des PDCA-Qualitätskreislaufes umgesetzt.

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 | Standorte | Kommentare |
| Arbeitssicherheit H+ (EKAS) | Ganzer Betrieb | 2007 | 2016 | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Gefährdungsermittlung und H+ Audit SRFT |
| IVR-Anerkennung Rettungsdienst | Rettung St. Gallen | 2001 | 2019 | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | regelmässig 5 jährliche Re-Zertifizierungen |
| QUALAB | Labor | 2005 | 2016 | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Jährliche Überprüfungen |
| QuaTheDa | Alkohol-Kurzzeittherapiestation | 2001 | 2017 | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Aufrechterhaltungsaudit 2021; Re-Zertifizierung 2023 |
| SanaCERT Suisse | Ganzer Betrieb | 2003 | 2018 | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Re-Zertifizierung in 2021 |

| | | | | | |
|--|---|------|---------|--|---|
| Strahlenschutz, BAG | Radiologie | 2003 | 2016 | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Periodische Überprüfung durch BAG; 2021 erfolgreich absolviert |
| Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte | Apotheke; neu ab 1.1.21: Auslagerung Spitalapotheke an KSSG | -- | 2020 | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Periodische Überprüfung |
| FMH / Anerkennung als Ausbildungsstätte B für Assistenzärzte | Chirurgie | -- | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Periodische Überprüfung |
| FMH / Anerkennung als Ausbildungsstätte B für Assistenzärzte | Medizin | -- | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Periodische Überprüfung |
| Anerkennung als Ausbildungsbetrieb für FaGe- Ausbildungen | Gesamtspital | 2002 | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Externe Prüfung durch kantonale Bildungsanbieter |
| Anerkennung als Ausbildungsbetrieb auf Stufe "Höhere Fachschule Pflege" BZGS St. Gallen | Gesamtspital | 2010 | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Überprüfung alle 5 Jahre |
| Anerkennung als | Gesamtspital | 2011 | laufend | Alle | Überprüfung alle 5 |

| Ausbildungsbetrieb auf Stufe "Höhere Fachschule HF Operationstechnik" BZGS St. Gallen | | | | | Jahre |
|--|----------------------------|------|---------|---|--|
| Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Medizin Notfallstation (AIM)Wil | Medizin | 2015 | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | periodische Überprüfungen |
| Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Medizin Notfallstation(AIM)Wattwil | Medizin | 2020 | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Zur Anerkennung eingereicht - Verzögert aufgrund Corona-Pandemie |
| Anerkennung als Weiterbildungsstätte B für Assistenzärzte | Gynäkologie & Geburtshilfe | 2005 | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Bestätigung Re-Anerkennung durch Fachgesellschaftnoch ausstehend (Verzögerung Corona-Pandemie) |
| Ausbildungsstätte Fachbereich Geriatrie, Kat. B | Altersmedizin | 2018 | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | Re-Evaluation bestätigt 2019 |
| Weiterbildungsstätte für Fachärzte Gastroenterologie | Medizin/ Gastroenterologie | 2018 | laufend | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | periodische Überprüfungen |

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

| Fragen | Vorjahreswerte | | | Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%) |
|--|----------------|---------------------|---------|--|
| | 2016 | 2017 | 2018 | |
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | | | | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.09 | 4.14 | 4.28 | 4.20 (0.00 - 0.00) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.55 | 4.57 | 4.71 | 4.61 (0.00 - 0.00) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.49 | 4.62 | 4.72 | 4.58 (0.00 - 0.00) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.53 | 4.52 | 4.64 | 4.35 (0.00 - 0.00) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 3.98 | 4.03 | 4.10 | 4.04 (0.00 - 0.00) |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 88.60 % | 93.20 % | 90.80 % | 90.06 % |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2019 | | | | |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen | | Rücklauf in Prozent | | 38.4 % |
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | | | | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.14 | 4.11 | 4.25 | 4.22 (0.00 - 0.00) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.58 | 4.48 | 4.53 | 4.69 (0.00 - 0.00) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.68 | 4.67 | 4.58 | 4.63 (0.00 - 0.00) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.41 | 4.46 | 4.49 | 4.52 (0.00 - 0.00) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 3.95 | 3.92 | 4.22 | 4.02 (0.00 - 0.00) |

| | | | | |
|--|---------|---------------------|---------|---------|
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 94.70 % | 94.70 % | 88.50 % | 87.34 % |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2019 | | | | |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen | | Rücklauf in Prozent | 44 % | |

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Erfreulicherweise spiegelt sich in den Resultaten erneut eine hohe Patientenzufriedenheit und Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten. Unsere kontinuierlichen Anstrengungen und stetigen Verbesserungsschritte zeigen positive Effekte und bestärken uns unser Motto "Den Weg der stetigen kleinen Schritte" weiterzuverfolgen.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE, Unisanté, Lausanne |
|--------------------------------|---------------------------|

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |

5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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

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

Messergebnisse

| Frage | Vorjahreswerte 2018 | Zufriedenheitswert, Mittelwert 2019 (CI* = 95%) |
|--|------------------------|---|
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)? | 3.66 | 3.93 (0.00 - 0.00) |
| Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen? | 4.50 | 4.58 (0.00 - 0.00) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 3.98 | 4.04 (0.00 - 0.00) |
| Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten? | 4.08 | 4.05 (0.00 - 0.00) |
| Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen? | 3.56 | 4.15 (0.00 - 0.00) |
| Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen? | 3.96 | 4.29 (0.00 - 0.00) |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2019 | | |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen | | Rücklauf in Prozent |
| | | 97.2 % |

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE, Unisanté, Lausanne |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2019 ausgetreten sind. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |

5.3 Eigene Befragung

5.3.1 Laufende Umfrage mittels Patientenfeedbackbogens

Die Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit ist in Anlehnung an die Umsetzung unserer Vision von Qualität zentral. Dazu wird eine laufende Patientenumfrage durchgeführt. Jede Rückmeldung wird erst genommen; Lob wird entsprechend den Abteilungen und/oder Ressorts weitergeleitet. Beschwerden bzw. kritische Rückmeldungen werden umgehend bearbeitet. Bei hausweitem Verbesserungspotenzial werden entsprechende Schritte eingeleitet. Der PDCA-Qualitätskreislauf ist gewährleistet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 an allen Standorten durchgeführt. Permanente Umfrage der stationären Patientinnen, Patienten

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aktuell wird die permanente (laufende) Patientenumfrage intern evaluiert; eine quantitative Analyse soll - neben der nationalen Patientenumfrage via ANQ - fokussiert verfolgt werden.

5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spitalregion Fürstenland Toggenburg

Beschwerdemanagement

Barbara Egli

Hauptverantwortliche

Beschwerdemanagement

071 / 987 31 29

barbara.egli@srft.ch

Dienstag 8.00 - 12.00 und Donnerstag 12.00 - 17.00

Bei Abwesenheiten steht für dringende Meldungen die Leiterin Qualitätsmanagement zur Verfügung

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 Aktuell wird eine MA-Befragung für den gesamten Spitalverbund abgeklärt

Aufgrund der zukünftigen Ausrichtung der St.Galler Verbundstrategie wird aktuell überprüft, auch in diesem Bereich Synergien zu nutzen. Eine verbundsweite Mitarbeiterumfrage bietet die Möglichkeit des "Voneinander Lernens" und fokussiert auf dem kontinuierlichen, ganzheitlichen Verbesserungsprozess.

Flankierend setzt die SRFT im Rahmen des Changemanagements auf die kontinuierliche Begleitung unserer Mitarbeitenden mit verschiedenen Möglichkeiten des aktiven Austausches und Diskussionsplattformen wie z.B. "Change-Coffee" (aktuell: Online) und Mitarbeiterveranstaltungen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2019 an allen Standorten durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2022.

In allen Bereichen/ Abteilungen und Berufsgruppen (ohne Unterassistenten) der SRFT.

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

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 Zuweisermanagement Kontaktpflege

Im Jahr 2019 sind verschiedene Aktivitäten zur Erfassung von "Wünschen und Erwartungen zur Zusammenarbeit" von Hausärzten und sonstigen Zuweisern mit den Spitalstandorten umgesetzt worden.

Die interne Arbeitsgruppe Zuweisermanagement SRFT pflegt mit ihren Aktivitäten rund um die Wahrnehmung von Erwartungen und Bedürfnissen unserer zuweisenden ärztlichen Stellen, regelmässige persönliche Kontakte mit den zentralen Interessensvertretern. Grundsätzlich ist es der SRFT ein Anliegen, vor allem die persönlichen Kontakte und aktive Kontaktpflege der Spitalärzte zu den Zuweisenden verstärkt zu fördern und setzt auf qualitative Befragungen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2020 an allen Standorten durchgeführt. Ein Austausch mit den Zuweisenden erfolgt laufend.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aktuell laufen Bestrebungen, auch im Bereich "Zuweiserzufriedenheit" entsprechende Synergien im Umfeld zu nützen.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

| Datenanalyse (BFS) | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | | | |
| Verhältnis der Raten* | 1.24 | 1.21 | 1.28 |
| Anzahl auswertbare Austritte 2018: | | | |
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | | | |
| Verhältnis der Raten* | 1.21 | 1.17 | 1.14 |
| Anzahl auswertbare Austritte 2018: | | | |

* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bezüglich der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationsrate (BfS-Statistik 2018, leicht auffällig Wil) haben wir mit der Firma Inmed GmbH eine Detailanalyse im SQLape Tool durchgeführt. Dabei zeigte sich *keine* Auffälligkeit in den Raten. Die Diskrepanz besteht in einem Messmethodikbereich der externen Rehospitalisationen, welcher jedoch nicht eindeutig eruierbar scheint. Bei den *aktuellen* SQLape Daten (BfS-Statistik 2019), welche Ende April 2021 an die Spitäler gesandt wurden, zeigen nun beide Standorte SRFT keine Auffälligkeit. Sie liegen – wie vermutet – im Normalbereich (grün). Notabene I: Die aktuellen SQLape Daten bzw. die potenziell vermeidbare Rehospitalisationsrate / die Publikation der Ergebnisse ist gemäss ANQ für Anfang Oktober 2021 vorgesehen.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|--|
| Nationales Auswertungsinstitut | SQLape GmbH |
| Methode / Instrument | SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet. |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder). |
| | Ausschlusskriterien | Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland. |

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen: | | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
|---|--|---|---|
| ▪ Blinddarm-Entfernungen | | √ | √ |
| ▪ *** Dickdarmoperationen (Colon) | | √ | √ |
| ▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | | √ | √ |

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/.

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

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|-----------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Swissnoso |

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 *** |
|--|-------|---------------------------------|------------------------|----------|
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 2 | 1 | 0 | – |
| In Prozent | 4.80% | 2.00% | 0.00% | – |
| Residuum* (CI** = 95%) | | | -0.05 (0.58 - 0.47) | – |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 *** | – | Anteil in Prozent (Antwortrate) | | – |
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 2 | 1 | 0 | – |
| In Prozent | 6.50% | 3.30% | 0.00% | – |
| Residuum* (CI** = 95%) | | | -0.09 (0.61 - 0.43) | – |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 *** | – | Anteil in Prozent (Antwortrate) | | – |

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Vollerfassung Stürze

Erfassung aller Sturzereignisse während des Spitalaufenthaltes im Berichtsjahr 2019

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 an allen Standorten durchgeführt.

Auf allen Bettenstationen an beiden Standorten inkl. IMC

Alle stationären und ambulanten Patienten an beiden Standorten

In 2020 wurde aufgrund der Pandemiewelle die Prävalenzmessung Sturz/Dekubitus durch den ANQ ausgesetzt. Die nächste Prävalenzmessung findet am 9. November 2021 statt.

Aus unserem H+ Qualitätsbericht 2019:

Sturzrate (Anzahl Stürze / 1000 Pflorgetage) = 4.48

Verletzungsindex (mittlere und schwere Verletzungen nach Morse) = intern auf ePA AC umgestellt.

Dieser Index wird im ePA AC so nicht ausgewiesen

Frakturindex = 1.025%

Angaben zur Messung

| | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |
|---|--|

13 Wundliegen

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

Messergebnisse

| Anzahl Patienten mit Dekubitus | | Vorjahreswerte | | | 2020 *** | In Prozent *** |
|--|---|---|------|------------------------|----------|----------------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0 | 0 | 0 | – | – |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | | | 0.04 (0.81 - 0.74) | – | – |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 *** | – | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | | | – | |
| Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 1 | 0 | 0 | – | – |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | | | -0.02 (0.80 - 0.76) | – | – |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 *** | – | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | | | – | |

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das

bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

In 2020 wurde aufgrund der Pandemiewelle die Prävalenzmessung Sturz/Dekubitus durch den ANQ ausgesetzt. Die nächste Prävalenzmessung findet am 9. November 2021 statt.

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"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ 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 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

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

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

Begründung

Es finden sehr selten freiheitseinschränkende Massnahmen statt. Es wird gerne im Einzelfall gemäss State-of-the-Art gehandelt.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Freiheitseinschränkende Massnahmen sind sehr selten. Im Rahmen der Deaktivierung der Expertengruppe Delir werden sie separat aufgegriffen werden.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | w hoch 2, Bern |
| Methode / Instrument | EFM |

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

14.2 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.2.1 Seltenes Vorkommnis: Einzelfälle > das Thema wird beobachtet.

Unser Betrieb führt eine periodische Messung durch.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 an allen Standorten durchgeführt.
Punktuelle Messung.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Seltenes Vorkommnis.

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

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

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

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

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

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

Begründung

Zu geringe Fallanzahl; Klientenkollektiv. Ergebnisse können Hinweise geben, sind jedoch aufgrund statistischen Grundsätzen nicht 1:1 "aussagekräftig".

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die stationäre Alkoholkurzzeittherapie ist gemäss Referenzsystem Qualität Therapie Drogen Alkohol (QuaTheDA) für den stationären Suchthilfebereich zertifiziert. Die Aufrechterhaltungsaudits in den Jahren 2020 und 2021 konnten erfolgreich absolviert werden.

Angaben zur Messung

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

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Stakeholderumfragen

Je nach Bedarf wird, um die Bedürfnisse strategisch wichtiger Stakeholder (Anspruchsgruppen) zu analysieren und entsprechendes Weiterentwicklungspotenzial umsetzen zu können, eine Umfrage eingesetzt. Dies kann beispielsweise eine Umfrage bei stationären Patientinnen, Patienten im Bereich Verpflegung im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Standards Ernährung der Fall sein. Fokus ist die kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Sinne des PDCA-Qualitätskreislaufs.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 an allen Standorten durchgeführt.
Je nach Bedarf respektive Aktualität

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse beziehen sich jeweils auf das Fachgebiet respektive die Thematik. Gerne kann das Qualitätsmanagement SRFT angefragt werden.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 eOPPS

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil“, „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil“ durchgeführt.

Mit Umsetzung der elektronische Lösung "eOPPS" kann die Administration, Logistik und entsprechende Planung der Operationen in einem leanmässigen Prozess optimal erfolgen. Die optimale Planung respektive die entsprechende Dokumentation von Prozessschritten wie beispielsweise Team-Time out ermöglichen ein gut abgestimmtes Controlling. Dies kann beispielsweise in der Spitalhygiene für die ABB-Prophylaxe zur Qualitätssicherung genutzt werden.

18.1.2 Gastronomiekonzept

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil“, „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil“ durchgeführt.

Mit dem neuen Gastronomiekonzept werden den Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten, den Angehörigen, den Besuchern und den Mitarbeitenden der SRFT optimal entsprochen. Eine hohe Qualität und die entsprechende Zufriedenheit ist unser oberstes Credo und Teil der Philosophie in der SRFT.

18.1.3 Projekt New Intranet

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil“, „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil“ durchgeführt.

Das Projekt Relaunch Intranet ist gut gestartet und der erste grosse Meilenstein ist erreicht: die unternehmensweite Dokumentenbereinigung ist erfolgt. Der Grundstein zu einer zukünftig guten Suchfunktion ist durch die angepassten Metadaten gelegt. Die Navigationsstruktur für das neue Intranet wurde überarbeitet um die Nutzerfreundlichkeit zu verbessern. Dabei wurde darauf geachtet die Menüpunkte so generisch zu wählen, dass die Inhalte gut eingeordnet werden können. Hierbei wurde eine Kombination von organisations- und themenbasierter Struktur gewählt. In der nun folgenden Konzeptphase werden unter anderem Berechtigungs- und Schulungskonzepte erarbeitet. Die technische Umsetzung des neuen Intranets soll im November 2021 erfolgen.

18.1.4 Harmonisierung des Ein- und Austrittsmanagements

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil“, „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil“ durchgeführt.

Als Ziel aus der übergeordneten Strategie im Spitalverbund St.Gallen werden verschiedenste Bereiche harmonisiert. Dazu zählt auch die Harmonisierung des Eintritts- und Austrittsmanagements (EAM) innerhalb der Spitalregionen. Mit Umsetzung des Projekts kann im Sinne der Patientenbetreuung eine optimale Struktur geschaffen werden.

18.1.5 Vorbereitung der Infrastruktur für die Strategieumsetzung

Das Projekt wird am Standort Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil durchgeführt.

Zentral in der Weiterentwicklung der SRFT respektive der Strategieumsetzung wird folgende Infrastruktur geschaffen: Modulbau in Wil inklusive IMC, Instandstellung Restaurant und Planung neue Küche. Alle Bereiche befinden sich in guter Konzeptions- respektive Umsetzungsphase.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Bewältigung der Pandemiewellen

Das Projekt wurde an den Standorten „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil“, „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil“ durchgeführt.

Bewältigung der Pandemiewellen

Für alle Akutspitäler, nicht nur für unser Gesamtspital, war die Bewältigung der Pandemiewellen eine grosse Herausforderung. Nur mit vereinten Kräften war es möglich, diese intensiven Zeiten zu überwinden. Unterstützend wirkten die routinierten Prozesse, das funktionierende Risikomanagement, aber vor allem auch das unglaubliche Engagement unserer Mitarbeitenden.

In 2021 wird aus den Erfahrungen der ersten beiden Pandemiewellen gelernt respektive der Erkenntnisgewinn entsprechend konstruktiv umgesetzt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 siehe Zertifizierungsübersicht

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil“, „Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil“ durchgeführt.

Siehe Zertifizierungsübersicht

19 Schlusswort und Ausblick

Wie andere Einrichtungen im Gesundheitswesen, steht auch die Spitalregion Fürstenland Toggenburg in einem intensiven Spannungsfeld. Der Kantonsrat hat im November eine wichtige politische Weichenstellung vorgenommen für die von uns vorgeschlagene, qualitativ zukunftsfähige und finanzierbare kantonale Gesundheitsversorgung. Damit wurden für die SRFT wegweisende politische Entscheide zur strategischen Weiterentwicklung der St.Galler Spitalverbunde gefällt und die Weichen für die Zukunft unseres Unternehmens gestellt. Weitere Schritte können nun umgesetzt werden.

Gänzlich unerwartet kam jedoch die Corona-Pandemie - wie treffend im Geschäftsbericht 2020 SRFT von R. Fiechter, CEO SRFT beschrieben. Nur mit einem gut funktionierenden Qualitäts- und Risikomanagement auf Basis von unglaublich engagierten Mitarbeitenden war es möglich, die vielen Herausforderungen zu bewältigen. Es hat uns wiederum eindrücklich gezeigt, dass Qualitätsmanagement eine kontinuierliche Weiterentwicklung in allen Aspekten bedeutet. Diesen Weg werden wir weiterbeschreiten. Das obligatorische SanaCERT Überwachungsaudit 2020 sowie weitere erfolgreich bestandene Zertifizierungen in verschiedenen Bereichen zeigen uns dabei von aussen, dass wir auf gutem Wege sind.

Die Ziele aus der übergeordneten, d.h. spitalverbundsübergreifenden Strategie werden weiterhin umgesetzt: Am Standort Wil wird das Leistungsangebot verstärkt und ausgebaut und in Wattwil neu definiert; die Infrastruktur entsprechend angepasst. Betriebsoptimierungen wie das Mitwirken an IT-Projekten oder die Erstellung von Betriebskonzepten samt Neukonzeptionen (z.B. Gastronomie) werden uns zukünftig beschäftigen. Zentral ist und bleibt die Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken.

In all diesen Aspekten spiegelt sich gelebtes Qualitäts- und Risikomanagement wieder. Wir danken allen Akteuren, welche sich tagtäglich für die gemeinsame Zukunft unserer Spitäler einsetzen.

Freundliche Grüsse

Dr. phil. Tima Plank
Leiterin Qualitätsmanagement

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

| Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wil | Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital Wattwil |
|---|---|---|
| Basispaket | | |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin | √ | √ |
| Haut (Dermatologie) | | |
| Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten) | √ | √ |
| Wundpatienten | √ | √ |
| Hals-Nasen-Ohren | | |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) | √ | √ |
| Hals- und Gesichtschirurgie | √ | √ |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen | √ | √ |
| Nerven medizinisch (Neurologie) | | |
| Neurologie | √ | √ |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems | √ | √ |
| Zerebrovaskuläre Störungen | √ | √ |
| Hormone (Endokrinologie/Diabetologie) | | |
| Endokrinologie | √ | √ |
| Magen-Darm (Gastroenterologie) | | |
| Gastroenterologie | √ | √ |
| Bauch (Viszeralchirurgie) | | |
| Viszeralchirurgie | √ | √ |
| Blut (Hämatologie) | | |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien | √ | √ |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome | √ | √ |
| Gefässe | | |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik) | √ | √ |

| | | |
|--|---|---|
| Herz | | |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) | √ | √ |
| Urologie | | |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' | √ | √ |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' | √ | √ |
| Isolierte Adrenalektomie | √ | √ |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) | | |
| Pneumologie | √ | √ |
| Bewegungsapparat chirurgisch | | |
| Chirurgie Bewegungsapparat | √ | √ |
| Orthopädie | √ | √ |
| Handchirurgie | √ | √ |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens | √ | √ |
| Arthroskopie des Knies | √ | √ |
| Rekonstruktion obere Extremität | √ | √ |
| Rekonstruktion untere Extremität | √ | √ |
| Erstprothese Hüfte | √ | √ |
| Erstprothese Knie | √ | √ |
| Rheumatologie | | |
| Rheumatologie | √ | √ |
| Gynäkologie | | |
| Gynäkologie | √ | √ |
| Geburtshilfe | | |
| Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und >= 2000g) | √ | √ |
| Neugeborene | | |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und >= 2000g) | √ | √ |
| Strahlentherapie (Radio-Onkologie) | | |
| Onkologie | √ | √ |

Bemerkungen

Neben der Akutsomatik wird im psychiatrischen Bereich eine stationäre Kurzzeithherapie für Alkoholabhängigkeiten (PSA) angeboten. In der Alkoholkurzzeittherapie PSA wird eine umfassende und ganzheitlich ausgerichtete 4-wöchige Entwöhnungstherapie für Menschen mit Alkoholproblemen angeboten.

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/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 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/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.