



Geriatrische Klinik
St.Gallen AG

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

25.05.2023
Claudia Lenz, Leitung Qualitätsmanagement und
Entwicklung

Version 2



Geriatrische Klinik St. Gallen AG

www.geriatrie-sg.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2022.

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 2022

Frau
Claudia Lenz
Leitung Qualitätsmanagement und Entwicklung
071 243 88 99
claudia.lenz@geriatrie-sg.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, 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. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.5 Registerübersicht	19
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	22
Zufriedenheitsbefragungen	23
5 Patientenzufriedenheit	23
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	23
5.2 Eigene Befragung	24
5.2.1 Permanente Patientenbefragung Geriatrische Klinik	24
5.3 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Eigene Messung	25
9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt	25
10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen	26
11.1 Eigene Messung	26
11.1.1 Adhärenz Händedesinfektion	26
11.1.2 Katheterassoziierte Harnwegsinfekte	27
12 Stürze	28
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	28
13 Dekubitus	29
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	29
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	30
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	30
18.1.1	Tarifliche Leistungserfassung NEW KIS	30
18.1.2	Küchenreorganisation	30
18.1.3	Paton	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	31
18.2.1	Notfallhandbuch	31
18.2.2	Leistungsangebote für Allgemeinversicherte, Halbprivatversicherte und Privatversicherte..	31
18.2.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement OBG	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	Grundstandard	33
18.3.2	Infektionsprävention und Spitalhygiene	33
18.3.3	Kritische Zwischenfälle.....	33
18.3.4	Mitarbeitende Menschen.....	34
18.3.5	Ernährung	34
18.3.6	Palliative Care	34
18.3.7	Sichere Medikation.....	35
18.3.8	Bewegungseinschränkende Massnahmen	35
19	Schlusswort und Ausblick	36
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	37
	Akutsomatik	37
	Herausgeber	39

1 Einleitung

In das Qualitätsmanagement der Geriatrischen Klinik St.Gallen wurden namhafte Ressourcen in den Aufbau sowie die Fortführung eines soliden Qualitätsmanagementsystems gesteckt. Die Arbeitsweise aller Mitarbeitenden ist geprägt durch ein hohes Qualitätsbewusstsein. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist das Fundament für eine gute Qualität. Um dies unseren Patientinnen und Patienten in fachlicher und menschlicher Hinsicht gewährleisten zu können, arbeiten wir im Alltag mit standardisierten Abläufen. Auf diese Weise wird die Qualität der Leistungserbringung systematisch ausgewiesen, messbar gemacht und im ständigen Qualitätskreislauf verbessert.

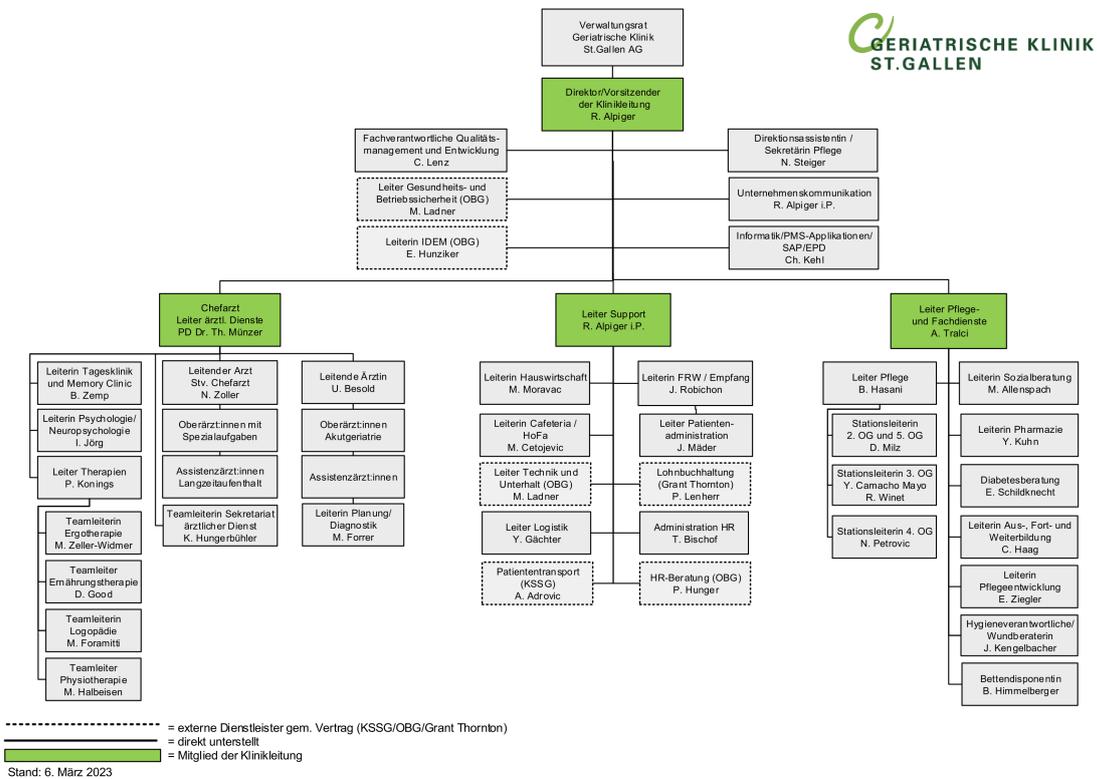
Von unseren Mitarbeitenden wird jeden Tag aufs Neue die bestmögliche Dienstleistung für alle Beteiligten erbracht.

Mit diesem Qualitätsbericht 2022 stellt die Geriatrische Klinik St.Gallen die Entwicklungen und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen des vergangenen Jahres dar.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozent zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Lenz
 Leitung Qualitätsmanagement und
 Entwicklung
 071 243 88 99
claudia.lenz@geriatrie-sg.ch

Herr René Alpiger
 Direktor
 071 243 88 20
rene.alpiger@geriatrie-sg.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätspolitische Grundsatzerklärung

Die Bestimmung der Qualitätspolitik liegt in der Verantwortung der Geschäftsleitung. Sie setzt als oberstes Führungsgremium inhaltliche Qualitäts-Prioritäten, welche in Übereinstimmung zum Leitbild und zum Leistungsauftrag stehen. Die Qualitätspolitik wird im Zertifizierungsrythmus auf ihre Zweckmässigkeit und Angemessenheit überprüft und wenn nötig angepasst. Um das Qualitätsmanagement zu prüfen und die Qualitätsarbeit zu dokumentieren, hat sich die Geriatriische Klinik St.Gallen AG seit 2008 für das Zertifizierungsverfahren nach SanaCERT Suisse entschlossen.

Folgende 10 Grundsätze prägen unsere Qualitätsarbeit

Qualität für Menschen

Das körperliche, seelische und geistige Wohlbefinden betagter Menschen ist das Ziel in der täglichen Behandlung, Betreuung und Pflege. Deshalb verpflichten wir uns zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und -entwicklung, angepasst an unsere spezifischen Bedingungen als ein geriatrisches Akutspital.

Interprofessionalität

Alle Professionen sind an der Qualitätsarbeit beteiligt, alle Qualitätsprojekte werden interprofessionell erarbeitet und umgesetzt. Der Austausch innerhalb der Profession und professionsübergreifend, bringt eine koordinierte, systemische Bearbeitung von komplexen Prozessen, die eine hohe Koordination und Kooperation der Berufe untereinander verlangt.

Befähigung

Die Professionalität unserer Mitarbeitenden ist für den Leistungsausweis unserer Institution und der Qualität unserer Arbeit entscheidend. Wir fördern und unterstützen unsere Mitarbeitenden in ihrer beruflichen Entwicklung zielgerichtet und stufengerecht. Wir setzen dabei unterschiedliche Lernformen ein (Einführungstag für neue Mitarbeitende, E-Learning, Mitarbeit in Projekten, Lernwerkstatt, interne und externe Fortbildungen usw.).

Nutzen

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

Quantifizierung von Qualität

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

Visionen

Die Geriatriische Klinik AG arbeitet an einer innovativen und zukunftsgerichteten Entwicklung. Das Qualitätsmanagement ist ein wichtiger Faktor für den langfristigen Unternehmenserfolg und die Attraktivitätssteigerung.

Projektmanagement

Neben den acht Standards von sanaCERT Suisse werden zahlreiche weitere Projekte bearbeitet. Im Projektmanagement arbeiten wir mit der Erfassung von Ist- und Sollzustand. Die Voraussetzung für unsere ständige Qualitätssicherung und -verbesserung ist dadurch geschaffen.

Zielorientierung

Abgeleitet von den strategischen Zielen des Unternehmens werden die Prioritäten gesetzt und die Ziele der Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch festgelegt. Unsere Projekte durchlaufen den Zyklus der regelmässigen Zielorientierung, Evaluierung und Optimierung.

Mitwirkung und Mitbestimmung

Die Mitwirkung und Mitbestimmung wird vor allem bei Projekten in Form von Nutzersitzungen, Projektvereinbarungen, Arbeitsgruppen gepflegt und gefördert. Ausserdem können konstruktive und innovative Vorschläge und Ideen der Mitarbeitenden direkt bei den Vorgesetzten und im Wunsch- und Beschwerdeformular vorgebracht werden. Die Resultate der regelmässig durchgeführten Mitarbeitendenbefragungen werden evaluiert und kommuniziert. Daraus abgeleitete Massnahmen werden kommuniziert.

Kommunikation und Reporting

Mitarbeitende werden regelmässig, zeitnah und stufengerecht informiert. Um alle Mitarbeitenden zu erreichen, werden unterschiedliche Gefässe, Kanäle, Medien genutzt. Ausserdem pflegt die Geschäfts- und die Klinikleitung das Angebot der offenen Tür oder Sprechstunde für alle Mitarbeitenden. Der Geschäftsleitung sind die Nähe zu den Mitarbeitenden und Themenquellen sowie die kurzen Dienstwege sehr wichtig.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

- Das Überwachungsaudit nach SanaCERT Suisse wurde 2022 erfolgreich bestanden.
- Ergebnisse und Massnahmen aus der Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung sind kommuniziert und umgesetzt.
- ANQ-Messungen sind erneut durchgeführt, die Ergebnisse sind evaluiert, in den online Medien entsprechend kommentiert und im Internet auf der Homepage sichtbar gemacht.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

- Das Überwachungsaudit 2022 wurde erfolgreich bestanden.
- Interne Audits sind vermehrt zur Überprüfung der Qualitätsarbeit durchgeführt.
- Die Unternehmensstrategie ist transparent und bildet die Grundlage für die Qualitätsstrategie und weitere Qualitätsarbeit.
- Massnahmen aus den Patientenzufriedenheitsbefragungen sind umgesetzt.
- Ergebnisse und Massnahmen aus der Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung sind kommuniziert und umgesetzt.
- ANQ-Messungen sind erneut durchgeführt und die Ergebnisse sind evaluiert, in den online Medien entsprechend kommentiert und im Internet auf der Homepage sichtbar gemacht.
- Der QM Internet- und Intranet-Auftritt sind auf dem aktuellsten Stand.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Die Re-Zertifizierung 2023 ist bestanden.
- Interne Audits sind regelmässig durchgeführt.
- ANQ-Messungen sind durchgeführt.
- Der QM Internet- und Intranet-Auftritt sind auf dem aktuellsten Stand.
- Die Re-Organisation des Qualitätsmanagement der Geriatrischen Klinik St.Gallen mit dem Kantonsspital St.Gallen ist erfolgt.

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

Bemerkungen

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

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

Die Indikatoren «Mangelernährung» und «Freiheitseinschränkende Massnahmen» wurden auf freiwilliger Basis zusätzlich erhoben.

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung freiheitsbeschränkende Massnahmen
▪ Nationale Prävalenzmessung Mangelernährung

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:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Permanente Patientenbefragung Geriatrische Klinik

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Fallzusammenführung bei Wiedereintritt
<i>Infektionen</i>
▪ Adhärenz Händedesinfektion
▪ Katheterassoziierte Harnwegsinfekte

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Qualitätsmanagement allgemein

Ziel	kontinuierliche Qualitätsoptimierung in allen Bereichen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	PDCA-Zyklus
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Der PDCA-Zyklus entspricht der Methodik der kontinuierlichen Verbesserung.

Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Vermeidung von nosokomialen Infekten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Anwendung der kantonalen Guidelines und Standards
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Audits (z.B.: Adhärenz Händedesinfektion) und Controllings (z.B.: Prävention Katheter assoziierte Harnwegsinfektionen) mit entsprechender Massnahmenableitung.

Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS)

Ziel	Ungewollte Ereignisse, welche den Patienten, Angehörige, Mitarbeitende oder andere beteiligte Personen gefährden können, aber nicht schädigen, können anonym gemeldet werden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Durch die Ereignisanalyse und die Systemoptimierung soll eine Verbesserung der Sicherheit und Leistungsqualität für den Patienten, Bewohner und Mitarbeitenden entstehen
Methodik	Das CIRS-Meldeportal ist eine digitale Plattform für freiwillig und anonym gemeldete Zwischenfälle.
Involvierte Berufsgruppen	gesamtes Kompetenzzentrum

Mitarbeitende - Human Resources

Ziel	Förderung und Wertschätzung der Mitarbeitenden über eine transparente Personalpolitik. Die Personalpolitik beschreibt die Haltung der Geriatrischen Klinik im Umgang mit seinen Mitarbeitenden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Personalpolitik gibt Antwort, wie wir uns den Herausforderungen der Zukunft stellen wollen. Mitarbeitende sind eine sehr wichtige Resource, der somit Rechnung getragen wird.
Methodik	Wir wenden verschiedene Verfahren und Methoden zur Personalentwicklung an.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen

Ernährung - Mangelernährung

Ziel	Der Ernährungszustand mangelernährter Patienten soll korrekt diagnostiziert, verbessert und/oder erhalten werden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	permanent
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Mangelernährung im geriatrischen Setting ist ein häufiges Problem mit diversen Auswirkungen und stellt eine grosse Herausforderung dar.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Die regelmässige Evaluation von definierten Themenbereichen garantiert die kontinuierliche Weiterentwicklung.

Feedbackmanagement

Ziel	In der Geriatrischen Klinik St.Gallen AG werden Rückmeldungen von Patienten systematisch erhoben. Diese werden entgegengenommen, bearbeitet und zur Qualitätsförderung genutzt.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Beschwerden und Wünsche von Patienten / Bewohnern werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt.
Methodik	systematische Erfassung, Bearbeitung in definierten Fristen, Ableitung von Verbesserungsmassnahmen und Controlling der erfolgten Massnahmen.

Palliative Care

Ziel	Die Grundhaltung und die Schwerpunkte der palliativen Betreuung und Behandlung in der Geriatrischen Klinik sind definiert, geschult und umgesetzt.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ein Mensch im hohen Alter leidet an verschiedenen chronischen Erkrankungen mit malignem Verlauf. Deshalb nimmt bei geriatrischen Patienten mit der Zeit die Notwendigkeit einer palliativen Behandlung und Betreuung zu und die Möglichkeit einer kurativen Behandlung ab. Mit der Umsetzung des Standards 25 palliative Betreuung der sanaCERT Suisse leistet die Geriatrische Klinik einen Beitrag zur Entwicklung der Palliative Care im der akutgeriatrischen Versorgung.
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

Sichere Medikation

Ziel	Erhöhung der Sicherheit im Medikationsprozesse bei der Verordnung, dem Richten, Verteilen und Verabreichen von Arzneimitteln.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Der Medikationsprozess ist ein sensibler und immer wieder fehleranfälliger Prozess.
Involvierte Berufsgruppen	alle Professionen

Bewegungseinschränkende Massnahmen

Ziel	Jede Anwendung bewegungseinschränkender Massnahmen unter Berücksichtigung individueller und situationsspezifischer Aspekte muss sorgfältig überdacht und unter dem Gesichtspunkt der Grundrechte des Betroffenen kontinuierlich reflektiert werden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Anwendung bewegungseinschränkender Massnahmen zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung ist Teil des Alltags.
Methodik	Der Prozess mit einer klaren Regelung des Ablaufs von der Indikationsstellung bis zur Aufhebung soll optimiert werden um somit eine deutliche Qualitätsverbesserung für unsere Patienten zu erreichen.
Involvierte Berufsgruppen	alle Professionen

Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz

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

Bildungsmanagement

Ziel	Kompetenzerwerb in den Bereichen Wissen, Können, Haltung sowie systematische Einarbeitung neuer Mitarbeitender
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Wir gewährleisten die Vermittlung von aktuellem sowie praxisbezogenem Wissen und Können und gewichten dessen Vertiefung und Vernetzung.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen

Sturzprävention

Ziel	Stürze und deren Folgen sind nicht unabwendbar, jedoch können Stürze durch das Erkennen und systematische Beseitigen von Risikofaktoren reduziert werden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Bei jedem Mensch besteht das Risiko, einen Sturz und daraus resultierende Folgen zu erleiden. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen (über 65 Jahre) oder Menschen mit einem veränderten Gesundheitszustand aufgrund einer Erkrankung oder durch ungewohnte Umgebungsfaktoren.
Methodik	Erfassung von Sturzereignissen im Meldeportal nach anerkannten Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Überprüfung / Fallbesprechungen / Auswertungen und ableiten von Massnahmen.

Klinikinformationssystem (NewKIS)

Ziel	Neubeschaffung eines Klinikinformationssystems (KIS)
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Das Projekt newKIS verfolgt als übergeordnete Zielsetzung die spitalverbundsübergreifende Standardisierung von Prozess- und Dokumentationsschritten
Methodik	Ein interprofessionell aufgestelltes Projektteam (Pflege, Therapien, ärztlicher Dienst, Sozialberatung, etc.) wird das Projekt in drei Projektphasen (Konzeptions-, Realisierungs- und Umsetzungsphase) bis Mitte 2024 umsetzen.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Ziel	Durch das BGM werden die Belastungen der Mitarbeitenden vermindert und die persönlichen Ressourcen nachhaltig gestärkt.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist eine Unternehmensstrategie zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit aller Mitarbeitenden. BGM zielt sowohl auf die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsprozesse als auch auf gesundheitsbewusstes Verhalten der Mitarbeitenden ab.
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2006 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Um nachhaltige Verbesserungsmassnahmen entwickeln zu können, braucht es tiefgehende Analysen eingetretener Ereignisse oder Rückmeldungen. Das London Protokoll hat sich als sinnvolles Instrument erwiesen, um Zwischenfälle systematisch zu analysieren und die Behandlungssicherheit zu optimieren. Es ist eine systematische und zugleich zeiteffiziente Methode zur Analyse von Ereignissen. Es ist ein standardisiertes Verfahren, das allebedeutungsvollen Aspekte und relevanten Personen in die Analyse einbezieht.

4.5 Registerübersicht

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

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
KR Ostschweiz Krebsregister Ostschweiz	Alle	ostschweiz.krebsliga.ch/ ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
sanaCERT Suisse Grundstandard Qualitätsmanagement	Gesamtes Unternehmen	2008	2021	-Der Betrieb verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung. -Richtlinien zum Qualitätsmanagement und Qualitätsziele sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.
sanaCERT Suisse Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene	Gesamtes Unternehmen	2008	2021	-Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich. -Weiterbildungen finden regelmässig statt und werden immer evaluiert.
sanaCERT Suisse Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Gesamtes Unternehmen	2008	2021	Wir leben eine offene Fehlerkultur und lernen aus unseren Fehlern. Hierfür steht uns das Meldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System = Meldesystem für kritische Zwischenfälle) zur Verfügung.
SanaCERT Suisse Standard 12 Mitarbeitende Menschen und Spital	Gesamtes Unternehmen	2018	2021	Mitarbeitende sind das wichtigste Kapital unserer Betriebe. Mit der Bearbeitung des Standards 12 tragen wir dem Rechnung.
sanaCERT Suisse Standard 15 Ernährung	Gesamtes Unternehmen	2014	2021	Viele ältere Menschen zeigen Zeichen der Fehl- bzw. Mangelernährung.

				Essen ist im Alter ein zentrales Thema und trägt bedeutend zur Lebensqualität bei.
sanaCERT Suisse Standard 17 Umgang mit Beschwerden und Wünschen	Gesamtes Unternehmen	2008	2021	-Beschwerden und Wünsche werden innert festgelegten Fristen bearbeitet und beantwortet. -diese werden statistisch erfasst und ausgewertet.
sanaCERT Suisse Standard 26 Sichere Medikation	Gesamtes Unternehmen	2021	2021	Im Fokus stehen Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit der Medikationsprozesse bei der Verordnung, dem Richten, Verteilen und Verabreichen von Arzneimitteln.
SanaCERT Suisse Standard 30 Bewegungseinschränkende Massnahmen	Gesamtes Unternehmen	2021	2021	Bewegungseinschränkende Massnahmen kommen nur dann zum Einsatz, wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.
Umwelt-Eigenkontrolle Amt für Umwelt und Energie Kanton St. Gallen Baudepartement	Gesamtes Unternehmen	2012	2021	-Verzeichnis gefährlicher Stoffe -Eigenkontrolle zur Umweltkonformität -Massnahmenplanung.
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamtes Unternehmen	2008	2019	-Brandschutzschulung -Erfassen aller Gefahrenstoffe

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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.

Begründung

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Patientenzufriedenheit ist ein Faktor zur Beurteilung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen.

Der Verein ANQ, der nach einem einheitlichen Raster Qualitätsbefragungen bei allen Spitälern der Schweiz durchführt, stellt der Geriatrischen Klinik St. Gallen insgesamt ein gutes Zeugnis aus.

Jährlich beurteilen Patientinnen und Patienten während eines Monats, wie zufrieden sie mit ihrem Aufenthalt im Akutspital waren. 2021 nahmen 41 Patienten und Patientinnen der geriatrischen Klinik an dieser Zufriedenheitsbefragung teil.

Angaben zur Messung

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Permanente Patientenbefragung Geriatriische Klinik

Die Messung der Patientenzufriedenheit gehört zu den Grundpfeilern der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. Dadurch können wir Hinweise zur Verbesserung der patientenzentrierten Behandlung und Betreuung erhalten. Deshalb führen wir seit Juli 2022 eine permanente Erhebung der Patientenzufriedenheit in der Geriatriischen Klinik durch, um mehr zu erfahren und bei Bedarf entsprechende Massnahmen abzuleiten.

Der verwendete Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit steht als Papierversion zur Verfügung. Die Rückmeldungen erfolgen anonym.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 1. Juli 2022 bis 31. Dezember 2022 durchgeführt.

Patientinnen und Patienten wurden nach dem Spitalaustritt zu ihrem Aufenthalt befragt.

Alle Patienten wurden nach ihrem Austritt zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Bei 831 Austritten im Zeitraum von Juli 2022 - Dezember 2022 wurden 114 Fragebogen retourniert, was einem Rücklauf von 13,7% entspricht.

Die Geriatriische Klinik erhält in der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten sehr gute Bewertungen:

- 97.7 % der Befragten beurteilen die Behandlungsqualität der Ärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten als gut bis ausgezeichnet.
- 97.7 % der Befragten schätzen die Organisation des Spitalaustrittes ebenfalls als gut bis ausgezeichnet ein.
- 15.5 % der Befragten sind der Meinung, über die Medikation nicht verständlich genug aufgeklärt worden zu sein. Erklären, welcher Nutzen von einer Medikamenteneinnahme zu erwarten ist, welche Risiken bestehen und welche Probleme/Nebenwirkungen auftreten können, ist uns ein wichtiges Anliegen und werden im Qualitätsstandard Sichere Medikation aufgegriffen und berücksichtigt.
- 92.9 % würden die Geriatriische Klinik weiterempfehlen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Geriatriche Klinik St. Gallen AG

Wünsche und Beschwerdestelle

Natacha Steiger

Direktionsassistentin

071 243 88 21

natacha.steiger@geriatrie-sg.ch

Geriatriche Klinik St. Gallen

Rorschacherstrasse 94 9000 St. Gallen Mo-Fr

08:00 - 12:00 / 14:00- 17:00

Lob freut uns, Kritik bringt uns weiter. Alle eingegangenen Wünsche und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Zur Erstellung von Statistiken werden sie in einer anonymisierten Form aufgenommen.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt

Im Rahmen der korrekten Abrechnung werden Fallzusammenführungen bei Wiedereintritt erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Erfassung erfolgt in der gesamten Klinik.

Im Rahmen der DRG-Pauschalen werden Fallzusammenführungen bei Wiedereintritt unter selber Diagnose erfasst.

Die erbrachten Leistungen können in den Fällen nur auf den zweiten Eintritt bezogen und abgerechnet werden.

2022 kam es zu 40 Fallzusammenführungen. Dies entspricht bei 1621 behandelten Patienten einem Prozentsatz von 2.5%.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	MedPlans

11 Infektionen

11.1 Eigene Messung

11.1.1 Adhärenz Händedesinfektion

Ziele der Spitalhygiene sind die Verhinderung nosokomialer Infektionen und die Reduktion von Übertragungen krankmachender und/oder multiresistenter Keime. Um diese Ziele zu erreichen, erfolgt eine permanente Schulung und Überprüfung der wichtigsten Massnahmen, insbesondere der korrekten Händedesinfektion. Eine Überprüfung der Adhärenz der Händedesinfektion fand im Jahr 2022 statt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Geriatrische Klinik

Alle Bereiche der Geriatrischen Klinik mit Patientenkontakt wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Beobachtet wurden die 5 Indikationen der Händedesinfektion gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Bei 583 Beobachtungen fand sich eine Gesamtadhärenz von 85% . Die Erfassung wird mit dem Erfassungstool CleanHands von Swissnoso durchgeführt. Mit der Nutzung des Erfassungstools können die Beobachtungen direkt elektronisch erfasst werden. Zudem erlaubt das Tool ein unmittelbares Feedback an das beobachtete Personal, was eine praxisnahe Schulung und Instruktion erlaubt.

Angaben zur Messung

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

11.1.2 Katheterassoziierte Harnwegsinfekte

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

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

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

Diese Messung haben wir im Monat März durchgeführt.

Die Messung hat auf allen Abteilungen der Geriatriischen Klinik und bei allen hospitalisierten Patienten stattgefunden. Bei Patienten, die während ihrer Hospitalisation gemäss Pflegedokumentation eine Harnableitung mittels Dauerkatheter hatten, wurde die Indikation für diese Massnahme erfasst.

Allfällige antibiotische Therapien für Harnwegsinfekte wurden bei katheterisierten Patienten erfasst.

- 68 Patient:innen konnten in die Analyse eingeschlossen werden.
- Bei 8 Patient:innen (12%) war eine Harnableitung mittels DK dokumentiert.
- Die Indikation für den Dauerkatheter war bei 6 der 8 Patienten (75%) klar nachvollziehbar (Harnverhalt, nachgewiesene Harnabflussstörung).
- Bei 2 Patient (25%) war die Indikation nicht ersichtlich.
- Bei 0 Patienten mit Katheter wurde eine antibiotische Behandlung für einen möglichen katheterassoziierten Harnwegsinfekt vorgeschrieben.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

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.

Begründung

Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2022, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden.

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

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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 Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

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.

Begründung

Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2022, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden.

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Tarifliche Leistungserfassung NEW KIS

Ausgangslage m Lenkungsausschuss newKIS wurde am 5. Februar 2020 diskutiert, die Leistungserfassungssoftware der Firma IBITECH AG in der Geriatrische Klinik St. Gallen AG (GK) noch vor dem offiziellen Starttermin newKis 1.1.2024 einzuführen.

SV1-4 werden im Bereich der ambulanten Leistungserfassung auf ibi-care gehen. Dies mit einer Schnittstelle aus dem KISIM-Terminplaner heraus.

Die GK stellt den Antrag, dass in unserer Institution WiCare NOW Le über den KISIM-Terminplaner angebunden wird. wicare-now ist bereits im Einsatz; die Mehrkosten bei einer Terminplanerintegration in newKIS sind gering; Wigasoft kann gleiche Schnittstelle zum KISIM-Terminplaner anbieten wie ibi-care.

- Ziele
- Software muss die Anforderungen der GK abdecken (Anforderungen definieren)
 - Unser kleines Leistungsangebot darf keine hohen Kosten verursachen (Kostenvergleich der verschiedenen Softwarehersteller)
 - Technische Schnittstellen müssen von SSC-IT bereitgestellt werden.

Laufzeit Mai 2022 – Dezember 2023

Involvierte

BerufsgruppenIT

18.1.2 Küchenreorganisation

Ausgangslage Erforderliche Re-Organisation in diversen Bereichen.

- Ziele Klärung und Reorganisation von
- Angebotsbedarf in den Bereichen Heime, Residenzen, Spital, Catering, Wohnen mit Services
 - Menügestaltung
 - Einkauf von Geräten und Geschirr
 - Organisation
 - Einkauf – Bündelung von Lieferanten Food
 - Preisgestaltung – «Profitorganisation» - Budget 2023
 - Sanierung Küche - Machbarkeitsstudie

Laufzeit Mai 2022 – Dezember 2025

Involvierte

Berufsgruppeninterprofessionell

18.1.3 Paton

Ausgangslage Die gängigsten Patientenrufsysteme (Patientenglocken) werden häufig in einem viel breiteren Einsatzspektrum genutzt als vorgesehen. Dies führt dazu, dass sich im Pflegealltag Ineffizienzen einschleichen, die Leerlaufzeiten verursachen und einen ungeeigneten Personaleinsatz nach sich ziehen. Aufgrund der unspezifischen Alarmierungen kommt es zu Leerlaufzeiten durch das hin und her laufen zwischen Stationszimmer und Patientenzimmer, da das Bedürfnis des Patienten erst erfragt werden muss. Weiter nimmt sich oft überqualifiziertes Personal Patientenzimmer an, die besser von jemanden anderem gemacht werden, oder unterqualifiziertes Personal muss wertvolle Zeit aufwenden, die für die Aufgabe geeignete Person zu suchen.

- Ziele
- Eine IST-Analyse der Laufwege ist erstellt.
 - Ein Einsatz des Rufsystem EC-Bell ist auf der Pilotstation geklärt.
 - Die Patientensicherheit ist jederzeit gewährleistet.

Laufzeit Mai 2022 – Juli 2023

Involvierte

BerufsgruppenPfleger

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Notfallhandbuch

Ausgangslage	Spitäler sind angehalten, sich auf mögliche Krisenlagen vorzubereiten und die Mitarbeitenden entsprechend zu schulen, damit diese im Ereignisfall korrekt handeln können. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wird eine geeignete Wegleitung erarbeitet. Im Rahmen des Personen- und Objektschutzes und als Teil des Qualitätsmanagements ist es die Aufgabe der Unternehmensleitung, ihre Mitarbeitenden über mögliche Ereignisfälle/Gefahrenlagen innerhalb der Organisation zu informieren. Für die Schulung von allen diesbezüglich relevanten Verhaltensregeln und das Sicherstellen der Zugänglichkeit von den entsprechenden Dokumenten sind danach die einzelnen Betriebe / Bereiche und deren verantwortlichen Personen zuständig.
Ziele	Betreiben einer funktionsfähigen Notfallorganisation. Förderung eines sicherheitsgerechten Verhaltens der Mitarbeitenden. Schadensverhinderung bzw. Schadensbegrenzung an Personen, Gebäuden, Werten und Informationen durch die sachgerechte Anwendung der organisatorischen, baulichen und technischen Massnahmen beim Eintritt eines Ereignisses.
Laufzeit	Januar 2022 – Dezember 2023
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionell

18.2.2 Leistungsangebote für Allgemeinversicherte, Halbprivatversicherte und Privatversicherte

Ausgangslage	Es bestehen Unterschiede in den Leistungsangeboten zwischen Allgemeinversicherten, Halbprivatversicherten und Privatversicherten. Diese Angebote und Unterschiede sollen abgebildet und wo möglich ausgeweitet werden, da diese erbrachten Mehrleistungen den Versicherungen in Rechnung gestellt werden können. Der Mehrwert soll auch für halbprivat und privat versicherte Patient:innen spürbar sein. Zudem soll es durch die Anstellung von einer Hotelfachangestellten (HOFA) (GK 5) zur Entlastung der Pflegefachkräfte kommen. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen entsprechend geklärt und geregelt werden.
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Angebotsdifferenzierung zwischen Allgemeinversicherten, Halbprivatversicherten und Privatversicherten ist abgebildet (Transparenz ggü. Kunden; z. B. in der Broschüre, Wahl an Dienstleistungen «à la carte»). ▪ Die zusätzlichen Angebote sind bezüglich der Machbarkeit auf den Betrieb abgestimmt; Synergien sind genutzt. ▪ Das Dienstleistungsangebot ist nach innen und aussen, sowie gegenüber den Krankenkassen transparent. ▪ Die Verantwortlichkeiten (AKV) für die einzelnen Angebote sind definiert. ▪ Ein Tätigkeitsprofil für HOFA ist erstellt; das Tätigkeitsprofil der Mitarbeiter:innen Pflege ist angepasst.
Laufzeit	Juni 2022 – Dezember 2022
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionell

18.2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement OBG

Ausgangslage Die Ortsbürgergemeinde St.Gallen (OBG) will einen Beitrag für die Gesundheit aller Mitarbeitenden leisten und wählt dazu das Instrument des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Sie orientiert sich dabei an den Vorgaben der Gesundheitsförderung Schweiz, welche folgende 3 Säulen berücksichtigt.

- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Abwesenheitsmanagement und Case Management

Nach der Analyse der Ausgangssituation und der Identifikation der relevanten Handlungsfelder für unsere Betriebe sollen entsprechende BGM – Massnahmen festgelegt, geplant und umgesetzt werden, und in ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Durch die erfolgreiche Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ergibt sich ein hoher Nutzen für die Mitarbeitenden und die OBG. Mit den getroffenen Massnahmen schaffen wir die Grundlage für die Erlangung des Labels Friendly Work Space der Gesundheitsförderung Schweiz.

- Ziele**
- BGM wird als strategische Führungsaufgabe wahrgenommen und ist in bestehende Strukturen und Prozesse eingebettet.
 - Alle Mitarbeitenden kennen BGM und erhalten die Möglichkeit sich einzubringen.
 - BGM umfasst Massnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und zur Unterstützung gesundheitsbewussten Verhaltens. Diese Massnahmen sind systematisch geplant, durchgeführt, überprüft und verbessert und bilden die Grundlage für die Erlangung des Labels Friendly Work Space.
 - Verschiedene Kennzahlen sind erhoben, analysiert und Massnahmen daraus abgeleitet.

Laufzeit 2022 – 2025

Involvierte

Berufsgruppen Interprofessionell

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Grundstandard

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

18.3.2 Infektionsprävention und Spitalhygiene

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

18.3.3 Kritische Zwischenfälle

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

18.3.4 Mitarbeitende Menschen

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

18.3.5 Ernährung

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

18.3.6 Palliative Care

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

18.3.7 Sichere Medikation

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

18.3.8 Bewegungseinschränkende Massnahmen

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

19 Schlusswort und Ausblick

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

Der [Internetauftritt](#) der Geriatrischen Klinik St.Gallen gibt Interessierten weitere vielfältige Informationen .

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Arthroskopie des Knies

Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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.