



Geriatrische Klinik
Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter
Ortsbürgergemeinde St.Gallen
Rorschacherstrasse 94
9000 St. Gallen



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

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_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und –ziele	2
B2	Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	4
B4	Qualitätsentwicklung im kommenden Jahr	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
C1	Angebotsübersicht.....	6
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2011	7
D	Qualitätsmessungen	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	11
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	12
D1-4	Zuweiserzufriedenheit.....	13
D2	ANQ-Indikatoren.....	14
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	15
D2-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	16
D2-5	Nationale Patientebefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	17
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	18
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	18
D3-2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	19
D3-3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	19
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	21
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	21
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	22
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	24
F	Schlusswort und Ausblick	25
	Verantwortlich für den Qualitätsbericht	25

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A Einleitung

Die Geriatrische Klinik als einer der Betriebe des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde St. Gallen ist Mitglied von H+, und hat sich innerhalb des Rahmenvertrags zum Qualitätsnachweis verpflichtet.

Das Kompetenzzentrum umfasst drei Institutionen: Die Geriatrische Klinik, das Alters- und Pflegeheim Bürgerspital und den Seniorenwohnsitz Singenberg. Das Qualitätsmanagement durchzieht alle drei Häuser.

„Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist das Fundament für eine gute Qualität“

Um diese in fachlicher und in menschlicher Hinsicht jetzt und auch in Zukunft gewährleisten zu können, arbeiten wir im Alltag mit standardisierten Abläufen. Auf diese Weise wird die Qualität unserer Leistungen systematisch ausgewiesen, messbar gemacht und im ständigen Qualitätskreislauf verbessert.

Das Qualitätsmanagement ist langjährig gewachsen, hat sich stetig weiterentwickelt und ist gut verankert. Die Arbeitsweise aller Mitarbeitenden ist durch ein hohes Qualitätsbewusstsein geprägt.

Der Qualitätsbericht der Geriatrischen Klinik St. Gallen richtet sich an alle Interessierten, in erster Linie an unsere Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige. Wir wollen mit dem Bericht einen Beitrag zur Transparenz leisten und Ihnen unsere Aktivitäten im Rahmen des Qualitätsmanagements zeigen.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Grundsatzerklärung

1. Wir verpflichten uns zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und -entwicklung. Dabei stehen die Zufriedenheit und das Wohlbefinden unserer Patienten und Bewohner im Vordergrund.
2. Das Qualitätsmanagement ist für uns ein wichtiger Faktor für den langfristigen Unternehmenserfolg und die Attraktivitätssteigerung des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter.
3. Die Qualitätsarbeit ist praxisorientiert und bringt nachweislich Nutzen. Schwerpunkte in unserer Qualitätssicherung und -förderung sind:
 - die kontinuierliche Verbesserung der Zufriedenheit unserer Patienten, Mitarbeiter und Partner
 - die kontinuierliche Erhöhung der Patientensicherheit
 - die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozessabläufe zur Steigerung der Effektivität und Effizienz
 - die kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität
4. Wir überprüfen unsere Leistungen und Ergebnisse regelmässig. Die Resultate werden allen Mitarbeitern kommuniziert.
5. Wir definieren die operativen Jahresziele des Qualitätsmanagements. Diese Ziele werden allen Mitarbeitern kommuniziert und im Folgejahr evaluiert.
6. Andere Projekte (z.B. Bildungsmanagement und Arbeitssicherheit) sind weitere Elemente des Qualitätsmanagements.

Priorisierte Qualitätsziele

Ziel	Priorität
1. Erhebung der Händehygieneadhärenz als Faktor zur Reduktion der Ausbreitung von multiresistenten und/oder krankmachenden Keimen und als Surrogatmarker für die Reduktion nosokomialer Infekte.	→ seit 2010
2. Bei Sterbenden in der Geriatrischen Klinik und im Pflegeheim ist der Liverpool Care Pathway angewendet	→ seit Februar 2007
3. Möglichst wenige Sturzverletzungen von Patienten und Bewohnern bei gleich intensiver Mobilisierung in der Geriatrischen Klinik und im Alters- und Pflegeheim Bürgerspital	→ Ende 2009
4. Qualität der evaluierten internen Fortbildungen und Einführungsmodule - Positiv beantwortete Beurteilungskriterien der evaluierten Veranstaltungen	→ seit 2010

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

B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Meilensteine im Qualitätsmanagement 2011

- 2011: Regelmässige Modulschulungen
- 02/11: Zielerreichungskontrolle 2010 im Qualitätsmanagement
- 03/11: Selbstbewertungsbericht wurde erstellt, von der Qualitätskommission geprüft und der Geschäftsleitung verabschiedet
- 03/11: QM-News zum Thema: „Projekte im Qualitätsmanagement“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht
- 03/11: Das Konzept Standard 17 wurde überarbeitet und verabschiedet
- 04/11: Das Konzept Aus-, Fort- und Weiterbildung wurde aktualisiert
- 05/11: Meeting der Kontaktgruppe Qualitätssicherung des Kantons St. Gallen
- 06/11: Qualitätsbericht Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter 2010 wurde erstellt und im Internet veröffentlicht
- 06/11: H+ Qualitätsbericht Geriatrische Klinik wurde erstellt und auf der Internetseite von H+ veröffentlicht
- 06/11: QM-News zum Thema: „Re-Zertifizierungs Audit vom 18. und 19. Oktober“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht
- 08/11: Das QM- Budget 2012 wurde eingereicht
- 09/11: Beschluss der GL: der Standard „Pflegerqualität“ wird durch den Standard 15 „Ernährung“ ersetzt
- 09/11: Das Organigramm QM wurde aktualisiert und mit den Qualitätsprojekten ausserhalb von sanaCERT ergänzt
- 09/11: Das Qualitäts-Dashboard wurde aktualisiert
- 09/11: QM-News zum Thema: „Achtung Infektionsgefahr“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht
- 09/11: Mitarbeiterinformationen QM-Aktuell
- 18.u19.10/11: Zertifizierungs-Audit durch sanaCERT Suisse erfolgreich bestanden
- 12/11: QM-News zum Thema: „Re-Zertifizierung vom 18. und 19. Oktober“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht

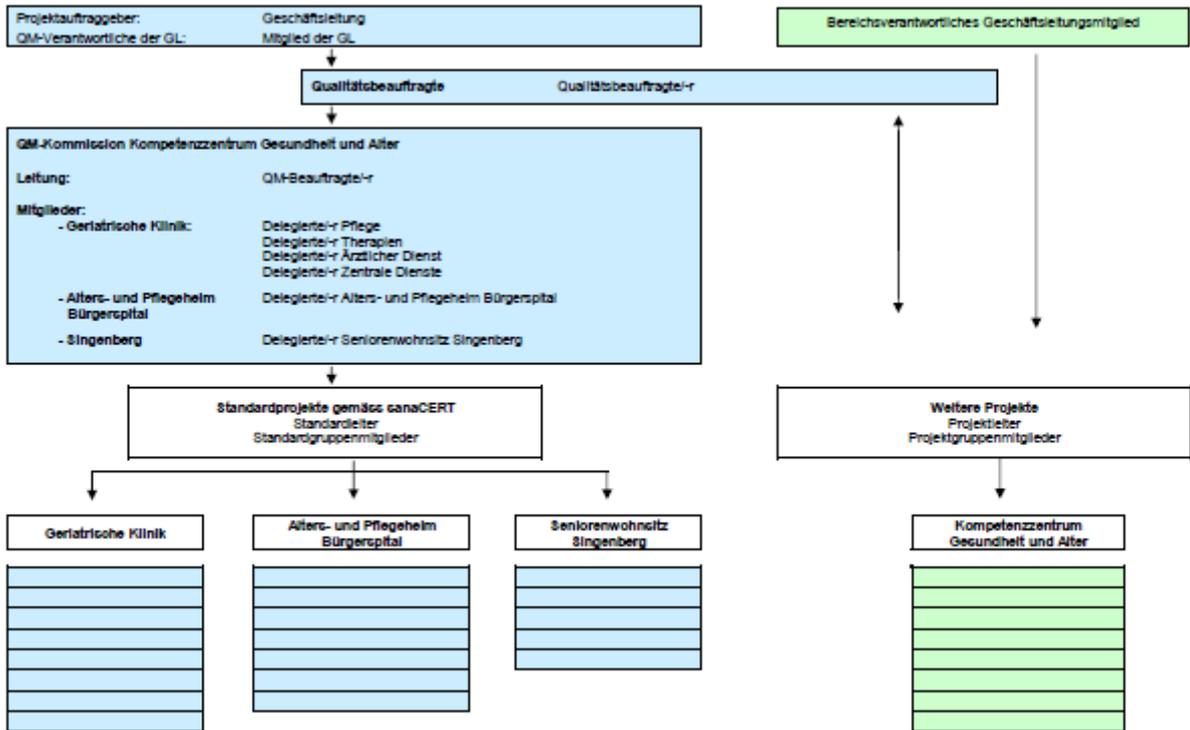
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Operative Ziele des Qualitätsmanagement 2011			
Nr	Ziel	erfüllt teilweise erfüllt nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1	Die acht Standards sind unter Berücksichtigung der Integration aller Betriebe und der Interprofessionalität bis zur Re-Zertifizierung bearbeitet.	erfüllt	
2	Die Ablösung des Standards 9 / Pflege durch den Standard Ernährung ist vorbereitet.	erfüllt	
3	Die Dokumente für die Re-Zertifizierung der GK und des APH sowie der Erstzertifizierung des Singenbergs sind erstellt.	erfüllt	
4	Das Re-Zertifizierungs-Audit für die GK und das APH sowie die Erstzertifizierung für den Singenberg sind erfolgreich durchgeführt.	erfüllt	
5	Der Prozess, wie Qualitätsziele geplant, umgesetzt und überprüft werden, ist klar strukturiert und definiert. Das Qualitätscontrolling ist sichergestellt.	erfüllt	
6	Projekte des QM ausserhalb der Zertifizierung nach SanaCERT sind in die gesamte Qualitätsstrategie mit einbezogen und geregelt.	erfüllt	
7	Der Behandlungs- und Betreuungsprozess der Bewohner und Patienten ist weiter verbessert, mit Fokus auf die Schnittstellenarbeit zu vor- und nach gelagerten Partnern.	erfüllt	
8	Der QM Internet- und Intranetauftritt wird fortlaufend aktualisiert.	erfüllt	fortlaufender Prozess
9	Der H+ Rahmenvertrag ist erfüllt.	erfüllt	

B4 Qualitätsentwicklung im kommenden Jahr

Operative Ziele des Qualitätsmanagement 2012	
Nr	Ziel
1	Die acht Standards sind unter Berücksichtigung der Integration aller Betriebe und der Interprofessionalität bis zur Re-Zertifizierung bearbeitet.
2	Das geplante Überwachungs-Audit ist erfolgreich durchgeführt.
3	Die Überprüfung und Entscheidung, ob Standards die bereits gut verankert sind, in die Routine übergeben werden, und durch andere neue Standards ersetzt werden, ist erfolgt
4	Der Standard Ernährung ist vorbereitet und startet mit einer interprofessionellen Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung des Konzepts
5	Der Gültigkeitsbereich der einzelnen Standards ist evaluiert und ggf. angepasst.
6	Qualitätsrelevante Projekte ausserhalb der Zertifizierung nach sanaCERT sind weiter in die Gesamtstrategie des Qualitätsmanagements integriert.
7	Im Qualitätsmanagement ist die Nachvollziehbarkeit in der Erstellung und/oder Überarbeitung von Dokumenten sichergestellt.
8	Mitarbeiterbefragungen zu diversen Standards sind überprüft und entsprechende Anpassungen sind durchgeführt.
9	Die Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage ist durchgeführt, die Ergebnisse sind kommuniziert und Massnahmen sind abgeleitet.
10	Der H+ Rahmenvertrag ist erfüllt.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.									
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.									
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.									
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:									
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	<table border="1"> <tr> <td>20%</td> <td>Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung</td> <td rowspan="4">Stellenprozentage zur Verfügung.</td> </tr> <tr> <td>40%</td> <td>Qualitätsbeauftragte</td> </tr> <tr> <td>15% (x7)</td> <td>Standardleiter und Standardgruppenmitglieder</td> </tr> <tr> <td>165%</td> <td>GESAMT</td> </tr> </table>	20%	Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung	Stellenprozentage zur Verfügung.	40%	Qualitätsbeauftragte	15% (x7)	Standardleiter und Standardgruppenmitglieder	165%	GESAMT
20%	Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung	Stellenprozentage zur Verfügung.								
40%	Qualitätsbeauftragte									
15% (x7)	Standardleiter und Standardgruppenmitglieder									
165%	GESAMT									

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Claudia Lenz	071 243 88 99	claudia.lenz@geriatrie-sg.ch	Qualitätsbeauftragte
Gabriela Bischofberger	071 243 88 77	gabriela.bischofberger@geriatrie-sg.ch	Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Geriatrische Klinik St. Gallen → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Wir sind eine Kompetenzzentrum mit folgenden Betrieben:</p> <p>Das Kompetenzzentrum der Ortsbürgergemeinde St. Gallen umfasst drei Institutionen am selben Standort:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geriatrische Klinik: Akutgeriatrie und Frührehabilitation im stationären und ambulanten Bereich - Alters- und Pflegeheim Bürgerspital - Seniorenwohnsitz Singenberg <p>Die Geriatrische Klinik berät und unterstützt die Spitalregionen bei der Umsetzung des kantonalen Geriatriekonzepts. Wir haben die für alle verbindlichen Guidelines weiter ausgebaut. Die Zusammenarbeit umfasst die Spitäler Wattwil, Uznach und Altstätten.</p>

C1 Angebotsübersicht

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

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ergotherapie	Geriatrische Klinik	
Logopädie	Geriatrische Klinik	
Neuropsychologie	Geriatrische Klinik	
Physiotherapie	Geriatrische Klinik	
Psychologie	Geriatrische Klinik	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	237	288	Tagesklinik: 121 Memory Klinik: 116
Anzahl stationär behandelter Patienten,	1344	1196	
Geleistete Pflage tage	32907	32022	Stationär: 30660 Tagesklinik: 2247
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	88	88	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	23.2	24.2	
Durchschnittliche Bettenbelegung	96.7	95.7	

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?						
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.				Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.					
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010/ 2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014/ 2015	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.					

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Geriatrische Klinik, ausgenommen Tagesklinik und Memory-Klinik

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84.6	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Eintritt	85.6	2 Fragen zum Messthema „Eintritt“
Information auf Abteilung	75.6	6 Fragen zum Messthema „Information auf Abteilung“
Information der Ärzte	77.8	4 Fragen zum Messthema „Information der Ärzte“
Betreuung durch Ärzte	87.6	3 Fragen zum Messthema „Betreuung durch Ärzte“
Schmerzbehandlung	79.4	2 Fragen zum Messthema „Schmerzbehandlung“
Information der Pflege	79.8	3 Fragen zum Messthema „Information der Pflege“
Betreuung durch Pflege	87.1	4 Fragen zum Messthema „Betreuung durch Pflege“
Spitalmitarbeiter	88.4	2 Fragen zum Messthema „Spitalmitarbeiter“
Privatsphäre	89.7	2 Fragen zum Messthema „Privatsphäre“
Zimmer	89.8	2 Fragen zum Messthema „Zimmer“
Essen	84.8	2 Fragen zum Messthema „Essen“
Andere Dienste	89.7	6 Fragen zum Messthema „Andere Dienste“
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input type="checkbox"/> PEQ <input type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18) <input type="checkbox"/> PZ Benchmark	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument Name des Instrumentes	MECON - Fragebogen Patientenzufriedenheit	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten mit MMS \geq 20		
	Ausschlusskriterien	Patienten mit MMS < 20		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		187 Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten		69.3%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Zeitnahe Information der Patienten über aktuelle Untersuchungsergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Laborresultate und Röntgenbefunde gleichentags mitteilen - Externe Befunde sofort nach Erhalt 	Ärztlicher Dienst	2012 - 2014
Die Patienten sind zufrieden mit der Betreuung und der Information durch die Pflege	<ul style="list-style-type: none"> - Patient gut informieren über Handlungen, Abläufe, Änderungen, etc - Patient gut informieren über spezielle Untersuchungen (Ablauf, Organisation) - Patient informieren, wenn z. B. weniger Personal da ist wegen Krankheitsausfällen, viel los ist, etc. wenn es ihn betrifft (Wartezeiten) - Bei Konflikten und oder Beschwerden mit/von Patienten und Angehörigen auf Stationsleiterin oder Tagesverantwortung zugehen. 	Pflege	2012 - 2014

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Wünsche und Beschwerdenstelle
Name der Ansprechperson	
Funktion	Direktionssekretariat
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter Rorschacherstrasse 94 9000 St. Gallen
Bemerkungen	Lob freut uns, Kritik bringt uns weiter. Alle eingegangenen Wünsche und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Zur Erstellung von Statistiken werden sie in einer anonymisierten Form aufgenommen.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
PET statt Glas	Mineral soll zukünftig aus PET – Flaschen anstatt Glas-Flaschen angeboten werden, da für Patienten das Gewicht beim Einschenken ein Problem darstellt.	Geriatrische Klinik	Vorschlag ist in Prüfung
Umbau	Die meisten anderen Beschwerden betreffen bauliche und gebäudetechnische Massnahmen z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - mit Rollstuhl schlechter Zugang auf Terasse - 2-Bett Zimmer mit WC am Gang - Bodenbeläge - WC ohne Lüftung Massnahmen werden bei der Gesamtanierung vorgenommen.	Geriatrische Klinik	ab 2014

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.			Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.				
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010/ 2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014/ 2015
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Geriatrische Klinik, ausgenommen Tagesklinik und Memory-Klinik. Durchführung der Angehörigenbefragung bei einer selektionierten Patientenpopulation. Bei Patienten mit geringem kognitiven Status.

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	77.6	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Eintritt	78.2	2 Fragen zum Messthema „Eintritt“
Information auf Abteilung	53.2	6 Fragen zum Messthema „Information auf Abteilung“
Information der Ärzte	70.1	3 Fragen zum Messthema „Information der Ärzte“
Betreuung durch Ärzte	85.6	3 Fragen zum Messthema „Betreuung durch Ärzte“
Schmerzbehandlung	70.1	2 Fragen zum Messthema „Schmerzbehandlung“
Information der Pflege	78.2	3 Fragen zum Messthema „Information der Pflege“
Betreuung durch Pflege	82.2	4 Fragen zum Messthema „Betreuung durch Pflege“
Spitalmitarbeiter	83.7	2 Fragen zum Messthema „Spitalmitarbeiter“
Privatsphäre	85.4	2 Fragen zum Messthema „Privatsphäre“
Zimmer	79.3	2 Fragen zum Messthema „Zimmer“
Andere Dienste	87.3	2 Fragen zum Messthema „Andere Dienste“
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instrumentes	MECON - Fragebogen Angehörigenbefragung	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Angehörigenbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Patienten mit MMS < 20	
	Ausschlusskriterien	alle Patienten mit MMS ≥ 20	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	54		
Rücklauf in Prozenten	42.9	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Bessere Information der Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> - Aktive Kontaktaufnahme mit zuständigen Angehörigen spätestens am 5. Hospitalisationstag - Dokumentation des Gesprächs in KG 	Ärztlicher Dienst	2012-2014

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.					
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012	
<input type="checkbox"/> Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.					

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2003	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Geriatrische Klinik
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	74.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Leistungsspektrum	82.7	3 Fragen zum Messthema „Leistungsspektrum“
Organisation	64.8	5 Fragen zum Messthema „Organisation“
Einweisungsprozess	68.0	9 Fragen zum Messthema „Einweisungsprozess“
Zusammenarbeit	75.3	6 Fragen zum Messthema „Zusammenarbeit“
Berichtswesen	79.9	8 Fragen zum Messthema „Berichtswesen“
Patientenzufr. /Image	77.3	6 Fragen zum Messthema „Patientenzufriedenheit / Image“
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Zuweiserfragebogen	Name des Messinstitutes
			MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Zuweiserbefragung; validiertes Messinstrument	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	alle Zuweisenden mit mindestens 2 Zuweisungen pro Jahr		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		35 Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten		28,5%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten	
Die Verbesserungsaktivitäten der Zuweiserzufriedenheitsbefragung werden erst 2012 abgeleitet, und können deshalb im aktuellen Bericht nicht aufgezeigt werden.	

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung: Die Wiedereintrittsrate wird mit betriebsinternem Tool gemessen	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung: In unserem Betrieb findet keine operative Tätigkeit statt.		
<input checked="" type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung: In unserem Betrieb findet keine operative Tätigkeit statt, postoperative Wundinfekte sind daher äusserst selten.		
<input checked="" type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten¹, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Die Stürze werden mit einem betriebsinternen Tool gemessen
<input type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Die Dekubitusmessungen werden mit einem betriebsinternen Tool gemessen
<input type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	

¹ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung: Die Patientenzufriedenheit wird mit einem anderen Tool gemessen
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	<p>Wir messen aufgrund zu geringer Kennzahlen keine Infekte. Der von SwissNOSO anerkannte Surrogatmarker für die Reduktion nosokomialer Infekte ist die Adhärenz Händedesinfektion und die korrekte Durchführung der Einreibemethode einer Händedesinfektion. Daraus folgend haben wir entschieden statt nosokomialer Infektionen, die Adhärenz der Händedesinfektion zu erheben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhärenz Überprüfen der 5 Indikationen / Gelegenheiten nach (WHO) für eine Händedesinfektion - Händedesinfektion Verbrauch von Händedesinfektionsmittel pro 1000 Pflage tage

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Adhärenz: 65%	Referenzwert: 77% Quelle: 10 Spitäler und 5 Chronic care facilities der Kantone SG, AA, TG
Händedesinfektionsmittel: 918.61 l	Verbrauch an Händedesinfektionsmittel – ein Surrogat- und Referenzparameter für Compliance der hygienischen Händedesinfektion
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Förderung und gezielte Schulung der Händedesinfektion	Korrekte Durchführung	Alle Bereiche des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter	2012 - 2013
Hygiene-Audits	Schematische Überprüfung der Durchführung der Händehygiene	Stationsgebundene Überprüfung in allen Betrieben des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter	2012 - 2013

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema		Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	
Was wird gemessen?		<ul style="list-style-type: none"> - Sturzrate pro 1000 Pflgetage - Verletzungen pro 1000 Pflgetage - Verletzungsindex - Durch Sturz zugezogene Frakturen pro 1000 Pflgetage - Frakturindex 	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
601 272 (Geriatrische Klinik)	238 109 (Geriatrische Klinik)	363 163 (Geriatrische Klinik)	Sturzrate pro 1000 Pflgetage: 8.64
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Verbesserungsaktivitäten
<p>Aktuell erarbeiten wir ein interprofessionelles Sturzkonzept, um ein systematisches Vorgehen und eine interprofessionelle Zusammenarbeit bei der multifaktoriellen Sturzprävention in allen drei Betrieben des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter zu ermöglichen.</p> <p>Darin sind die systematische Analyse der Sturzprotokolle und die Ableitung der Verbesserungspotentiale geregelt. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt erst 2012, deshalb können in diesem Bericht keine Verbesserungsaktivitäten dargestellt werden.</p>

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema		Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	
Was wird gemessen?		<ul style="list-style-type: none"> - Dekubitusrate / 1000 Pflgetage - Anzahl protokollierte Dekubitusfälle total - davon interner Entstehungsort - davon externer Entstehungsort 	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
83	36	Dekubitusrate pro 1000 Pflgetage: 3.53	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Verbesserungsaktivitäten
-

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A = Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-Infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	B	
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	B	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	B	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	B	
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	B	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B	
SIRIS ² (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	B	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	B	
Nationales Register	B: sanaCERT suisse	A, seit 2006	A

² Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Grundstandard Qualitätsmanagement SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 5 Schmerzbehandlung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Pflegeheim Bürgerspital	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 9 Pflege SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Alters- und Pflegeheim Bürgerspital	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 17 Umgang mit Beschwerden und Wünschen von Patientinnen und Patienten SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Standard 25 Palliative Betreuung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
Branchenlösung H+	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter		2008	Note 5

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Bildungsmanagement	<p>Mit dem System „Qualicard“ führten wir eine Qualitätskontrolle in der Grundbildung durch. Aufgrund des positiven Resultates werden wir diese in einem 3-Jahresrhythmus wiederholen. Mit der Einführung klarer Strukturen optimierten wir insbesondere in der Hotellerie die Ausbildungsqualität. Dank dem gezielten Ausbau von Ausbildungsverbunden mit den Spitexverbänden St. Gallen verbreiterten wir im Bereich HF Pflege das Ausbildungsangebot und integrierten externe Teilnehmerinnen. Für die interprofessionelle Führungs- und Kommunikations-Schulung wurde knapp 1/3 der gesamten internen Fortbildungszeit aufgewendet. Das gesamte Kader setzte sich mit strukturellen und persönlichen Führungsaufgaben auseinander. Diesen Prozess haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer individuellen schriftlichen Diplomarbeit abgeschlossen.</p>	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Permanentes Qualitätsprojekt
Arbeitssicherheit	<p>Im Rahmen der angebotenen Schulungen konnte jeder Mitarbeiter eine Stunde zum Thema Verhalten im Brandfall bis zum Eintreffen der Feuerwehr geschult werden. Zudem wurden neu eintretende Mitarbeiter an den Informationsveranstaltungen zum Thema Arbeitssicherheit geschult. Um die Einhaltung der Medizin Produkte Verordnung (MepV) zu gewährleisten (Kontroll- und Wartungsintervalle) müssen alle Geräte erfasst werden, die der MepV unterstehen. Es wurden bis dato knapp 1000 Geräte erfasst, mit einer neuer ID Nummer versehen und in die elektronische Anlagebuchhaltung aufgenommen.</p>	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Permanentes Qualitätsprojekt

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Grundlagendokument Geriatrische Behandlung	Mit einem neuen interprofessionellen Papier mit dem Titel: „Grundlagendokument Geriatrische Behandlung“ wurde die Basis für die Geriatrische Behandlung in unserer Institution gelegt. Das Dokument ist als Guideline für das Geriatriekonzept freigegeben und wird Ende März 2012 eingeführt.	Geriatrische Klinik	Permanentes Qualitätsprojekt Start: 2010
Gesundheits- und Absenzenmanagement	Betriebliches Gesundheitsmanagement schafft ein leistungsförderndes Betriebsklima, bessere Arbeitsbedingungen und ein bewussteres Gesundheitsverhalten, reduziert krankheitsbedingte Ausfälle und legt die Basis für einen nachhaltigen Unternehmenserfolg. Die grundsätzlichen Ziele des betrieblichen Gesundheitsmanagement werden im Konzept formuliert. Die Arbeitsgruppe hat im 2011 die Art und Weise der Erfassung von Absenzen und den Umgang mit Absenzen für alle Dienste im ganzen Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter festgelegt. Als nächstes werden im 2012 die Themen rund um die Gesundheitsförderung bearbeitet und im Anschluss daran, wird das Gesamtkonzept der Geschäftsleitung zur Genehmigung vorgelegt. Anschliessend wird das Konzept mit entsprechenden Information- und Kommunikationsmassnahmen umgesetzt. Eine Überprüfung der Umsetzung ist ebenfalls geplant.	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Permanentes Qualitätsprojekt Start: 2010
Interprofessionelles Sturzkonzept	Ein Sturzkonzept ist erarbeitet worden. Darin sind Massnahmen zur Risikoeinschätzung, zur Behandlung sowie zur Prävention festgelegt. Die Schulung und Umsetzung des Konzepts ist für 2012 geplant.	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Oktober 2009 – Oktober 2012
Engagiert führen	Seit 2010 läuft die interprofessionelle Führungsschulung, die dem gesamten Kader des Kompetenzzentrums die Möglichkeit bietet, sich mit Führungsaufgaben auseinanderzusetzen, und sich weiterzuentwickeln. Der Fortbildungszyklus wird im April 2012 abgeschlossen.	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Oktober 2010 – April 2012
Einführung Spätdienst	Die ärztliche Präsenz ist bis 23.00 Uhr gewährleistet und Schnittstellen mit anderen Diensten – intern wie extern sind geklärt, und Schnittstellenprobleme sind gelöst.	Geriatrische Klinik	April 2010 - Januar 2011

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitlel	Einführung Spätdienst
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Präsenz ist bis 23.00 Uhr gewährleistet - Schnittstellen mit anderen Diensten – intern wie extern sind geklärt, und Schnittstellenprobleme sind gelöst.
Beschreibung	Die Aufnahmefrequenzen der Geriatrischen Klinik (GK) haben in den letzten Jahren zugenommen. Immer häufiger besteht der Bedarf auch an späten Nachmittag und abends Patienten von Hausärzten oder der Notfallaufnahme des Kantonsspitals zu übernehmen.
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Die Planung des Spätdiensts wurde unter Berücksichtigung der Vorgaben des Arbeitsgesetzes simuliert, und die optimale Variante in die Praxis übernommen - Ein Schnittstellenraster wurde erstellt mit der Analyse der Ist-Situation und den Lösungsvorschlägen, welche mit der Leitung der zentralen Notaufnahme und dem Stadtärzterein abgesprachen wurden. - Administrative Prozesse wurden gemäss der Veränderung angepasst.
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital St. Gallen - Zuweisende Hausärzte <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Patientenadministration, Apotheke, Sekretariat, technischer Dienst.
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>Das Projekt, den Spätdienst zu definieren, Schnittstellenprobleme zu lösen und den Spätdienst reibungslos in den Klinikalltag zu integrieren, ist reibungslos erfolgt. Die zuweisenden Hausärzte wurden schriftlich über dieses Projekt informiert und mit der Zentralen Notaufnahme wurde ein Flussdiagramm Übernahme in die Geriatrie erarbeitet. Parallel dazu erfolgten organisatorische Anpassungen (Dienstplan, Überprüfung der Kompatibilität mit dem Arbeitsgesetz, Koordination der Abläufe mit anderen Diensten etc.).</p> <p>Das Projekt wurde abgeschlossen, und der Spätdienst ist bereits nach wenigen Monaten ein wesentlicher Bestandteil der geriatrischen Versorgung und trägt zur Erhöhung der Qualität bei.</p>
Weiterführende Unterlagen	-

F Schlusswort und Ausblick

Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist das Fundament für eine gute Qualität.

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

Im Jahr 2012 geht es weiterhin um die Vertiefung der bestehenden Qualitätsstandards. Der Standard 15 Ernährung, der den Standard Pflegequalität ablöst, wird aufgebaut und eingeführt. Die Optimierungspotentiale die sich im Zertifizierungs-Audit herausgestellt haben, werden entsprechende bearbeitet.

Das für 2012 geplante Überwachungs-Audit, wird im Herbst durchgeführt. Zur Vorbereitung der Audits ist eine erneute Selbstbewertung gefordert, die wir im Vorfeld erstellen werden.

Verantwortlich für den Qualitätsbericht



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

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