



# **Geriatrische Klinik**

**Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter**  
**Ortsbürgergemeinde St.Gallen**  
**Rorschacherstrasse 94**  
**9000 St. Gallen**



**Akutsomatik**

## **Qualitätsbericht 2012 (V6.0)**

# Impressum

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://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.

## Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/h\\_verband/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

## Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

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

## 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**.

## Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** 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.

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>B</b>	<b>Qualitätsstrategie</b> .....	<b>2</b>
B1	Qualitätsstrategie und -ziele .....	2
B2	Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012.....	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012 .....	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	5
<b>C</b>	<b>Betriebliche Kennzahlen und Angebot</b> .....	<b>6</b>
C1	Angebotsübersicht .....	6
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012 .....	7
<b>D</b>	<b>Zufriedenheitsmessungen</b> .....	<b>8</b>
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	8
D2	Angehörigenzufriedenheit .....	11
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	13
D4	Zuweiserzufriedenheit .....	15
<b>E</b>	<b>ANQ-Indikatoren</b> .....	<b>17</b>
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	17
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® .....	18
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® .....	18
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
<b>F</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012</b> .....	<b>19</b>
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO) .....	19
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	20
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) .....	21
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	22
<b>G</b>	<b>Registerübersicht</b> .....	<b>23</b>
<b>H</b>	<b>Verbesserungsaktivitäten und -projekte</b> .....	<b>24</b>
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	24
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte .....	25
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte .....	27
<b>I</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>29</b>

**„Wer aufhört, besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein.“**

Die Geriatrische Klinik, das Alters- und Pflegeheim Bürgerspital und der Seniorenwohnsitz Singenberg bilden zusammen das Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde St. Gallen.

Um den Patienten und Bewohnern des Kompetenzzentrums in fachlicher und menschlicher Hinsicht optimale Qualität gewährleisten zu können, arbeiten wir im Alltag mit standardisierten Abläufen. Diese werden durch die aktive Mitarbeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Qualitätsmanagement, stetig verbessert. Externe Fachpersonen überprüfen und beurteilen die ergriffenen Massnahmen zur Qualitätssteigerung und Qualitätssicherung auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Unsere Qualitätsarbeit hat den Anspruch, praxisorientiert zu sein und nachweislich Nutzen sowohl für die Patientinnen und Bewohnerinnen wie auch für die Organisation zu bringen.

Dieser Qualitätsbericht richtet sich an alle Interessierten. Wir wollen mit dem strukturierten Bericht einen Beitrag zur Transparenz leisten und Ihnen unsere Aktivitäten im Rahmen des Qualitätsmanagements im vergangenen Jahr aufzeigen.

---

Claudia Lenz, MSc. ET  
Qualitätsbeauftragte  
Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter

**B1 Qualitätsstrategie und -ziele****Grundsatzserklärung****1. Qualität für Menschen**

Am Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter ist der Mensch im Mittelpunkt des Angebots. Das körperliche, seelische und geistige Wohlbefinden betagter Menschen ist das Ziel in der täglichen Betreuung und Pflege. Deshalb verpflichten wir uns zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und -entwicklung, angepasst an unsere spezifischen Bedingungen als ein Geriatrisches Kompetenzzentrum. Alle Qualitätsprojekte werden interprofessionell erarbeitet und umgesetzt.

**2. Interprofessionalität**

In unseren Betrieben sind alle Professionen an der Qualitätsarbeit beteiligt. Der Austausch innerhalb der Professionen und professionsübergreifend, bringt eine koordinierte, systemische Bearbeitung von komplexen Prozessen, die eine hohe Koordination und Kooperation der Berufe untereinander verlangt. Die Zusammenarbeit erhöht sowohl die Effektivität wie auch die Effizienz.

**3. Nutzen**

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

**4. Quantifizierung von Qualität**

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

**5. Visionen**

Das Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter arbeitet an einer innovativen und zukunftsgerichteten Entwicklung. Das Qualitätsmanagement ist für uns ein wichtiger Faktor für den langfristigen Unternehmenserfolg und die Attraktivitätssteigerung unserer Betriebe.

**6. Projektmanagement**

Neben den acht Standards von sanaCERT Suisse werden am Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter zahlreiche weitere Projekte bearbeitet (z.B.: Bildungsmanagement, Geriatrische Behandlungspfade, Gesundheits- und Absenzenmanagement, Arbeitssicherheit,...). Im Projektmanagement arbeiten wir mit der Erfassung von Ist- und Sollzustand. Die Voraussetzung für unsere ständige Qualitätssicherung und -verbesserung ist dadurch geschaffen.

**7. Zielorientierung**

Unsere Projekte durchlaufen den Zyklus der regelmässigen Zielorientierung, Evaluierung und Optimierung. Nur mit dieser Zielorientierung ist eine erfolgreiche Qualitätsentwicklung in unseren drei Betrieben möglich.



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

### **Priorisierte Qualitätsziele der Geschäftsleitung**

Die Geschäftsleitung priorisiert folgende Qualitätszahlen, die unterstützend zu den betrieblichen Kennzahlen für das regelmässige Controlling zugezogen werden: Dekubitus, kritische Zwischenfälle (CIRS), Wünsche & Beschwerden und Sturz.

## **B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012**

### **Meilensteine im Qualitätsmanagement 2012**

- 01/12: Anpassung der personelle Zusammensetzung der QK und der Standards
- 01/12: Gründung der Standardgruppe Ernährung
- 01/12: Audit-Bericht kommentiert und veröffentlicht
- 01/12: Zielerreichungskontrolle QM – 2011
- 02/12: Die Qualitätsstrategie der Geschäftsleitung bis 2014 wird verfasst
- 02/12: Erstellung der Projektdokumentation der Standards bis zur Re-Zertifizierung 2014
- 03/12: Die Inhalte des Qualitätsmanagements im Internet und Intranet werden aktualisiert
- 03/12: Die Informationsbroschüre des Qualitätsmanagements wird überarbeitet
- 03/12: QM-News zum Thema: „Mitarbeiterzufriedenheit“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht
- 04/12: Zertifikatsübergabe durch sanaCERT Suisse
- 04/12: Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage
- 06/12: QM-News zum Thema: „Zertifikatsübergabe“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht
- 08/12: Das QM- Budget 2013 wird eingereicht
- 08/12: Selbstbewertungen werden durch die Standardleiter erstellt
- 08/12: Erstellung des Selbstbewertungsberichts
- 08/12: Exkursion Felix Platter Spital Basel
- 09/12: Informationsveranstaltung Risikomanagement, KSSG
- 09/12: QM-News zum Thema: „Erfolgreich gelöste Beschwerden“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht
- 10/12: Durchführung des Überwachungs-Audits
- 10/12: Mitarbeiterinformation QM-Aktuell
- 11/12: Verabschiedung der operativen Jahresziele 2013
- 12/12: QM-News zum Thema: „Gesunde Ernährung die Freude bereitet“ wurden in der Betriebszeitschrift veröffentlicht

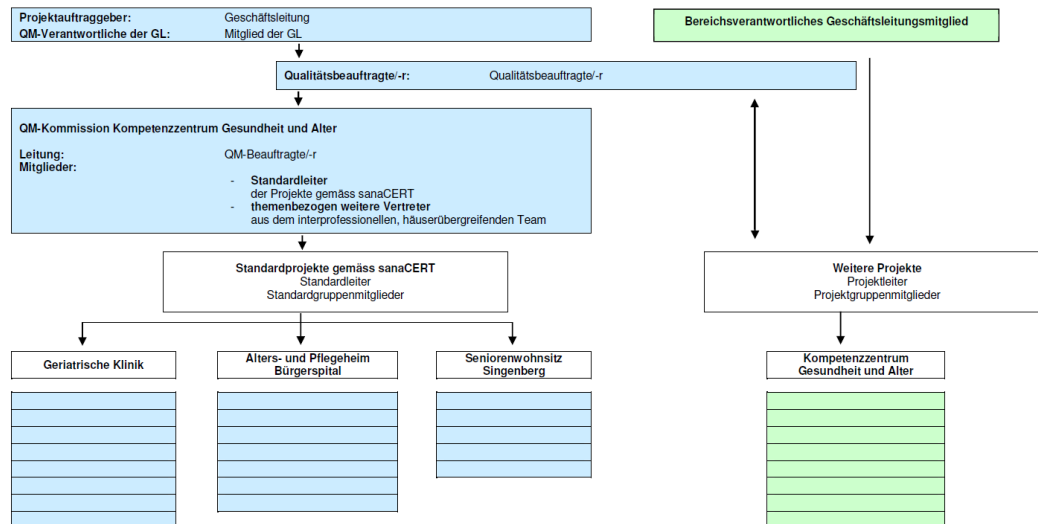
### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Operative Ziele des Qualitätsmanagements 2012			
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.	teilweise erfüllt	<input type="checkbox"/> Die Arbeiten in den Standards laufen bis zur Re-Zertifizierung 2014. Erste Teilschritte sind erfolgt.
2	Das geplante Überwachungs-Audit ist erfolgreich durchgeführt.	erfüllt	
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	nicht erfüllt	<input type="checkbox"/> Verschiedene Möglichkeiten sind in Diskussion. <input type="checkbox"/> Die definitive Entscheidung über die Ablösung und entsprechende Nachfolge wird Ende 2013 getroffen.
4	Der Standard Ernährung ist vorbereitet und startet mit einer interprofessionellen Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung des Konzepts	erfüllt	
5	Der Gültigkeitsbereich der einzelnen Standards ist evaluiert und ggf. angepasst.	teilweise erfüllt	<input type="checkbox"/> Die Erweiterung des Gültigkeitsbereichs in den Standards Palliative Betreuung und Patientenurteile ist in Prüfung. <input type="checkbox"/> Inwieweit die Tages- und Memoryclinic einbezogen werden kann, ist noch in Prüfung
6	Qualitätsrelevante Projekte ausserhalb der Zertifizierung nach sanaCERT sind weiter in die Gesamtstrategie des Qualitätsmanagements integriert.	erfüllt	<input type="checkbox"/> Im Reglement: Steuergruppe Geriatrische Klinik konnte festgelegt werden, wie die Koordination von ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen, sozialberaterischen Projekten in der Geriatrischen Klinik systematisch koordiniert werden.
7	Im Qualitätsmanagement ist die Nachvollziehbarkeit in der Erstellung und/oder Überarbeitung von Dokumenten sichergestellt.	erfüllt	
8	Mitarbeiterbefragungen zu diversen Standards sind überprüft und entsprechende Anpassungen sind durchgeführt.	erfüllt	
9	Die Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage ist durchgeführt, die Ergebnisse sind kommuniziert und Massnahmen sind abgeleitet.	teilweise erfüllt	<input type="checkbox"/> Die Massnahmenableitung Betriebs und Berufsgruppenspezifisch wird noch bis 2013 andauern
10	Der H+ Rahmenvertrag ist erfüllt.	teilweise erfüllt	<input type="checkbox"/> Es ist in Prüfung, inwieweit die ANQ-Messungen verbindlich sind, und im H+ Rahmenvertrag geregelt sind. Fest steht, dass ein weiterer Vertrag mit H+ unterzeichnet werden muss, und die ANQ-Messungen die für die Geriatrische Klinik erforderlich sind, am 2013 fix durchgeführt werden müssen.

### B4 Qualitätsentwicklung im kommenden Jahr

Operative Ziele des Qualitätsmanagements 2013	
Nr	Ziel
1	Die acht Standards sind bis zur Re-Zertifizierung bearbeitet
2	Das geplante Überwachungs-Audit ist erfolgreich durchgeführt
3	Die Erarbeitung der Grundlagen für das Risikomanagement ist erfolgt
4	Das Reporting der QM-Zahlen an die GL ist weiter verfeinert
5	Entscheidung welche Standards in die Routine übergehen, und durch andere ersetzt werden, ist getroffen
6	Re-Organisation der Qualitätskommission ist entschieden
7	ANQ-Messungen sind eingeführt

## 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><b>165%</b></td> <td><b>Gesamt</b></td> </tr> </table>	20%	Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung	Stellenprozentage zur Verfügung.	40%	Qualitätsbeauftragte	15% (x7)	Standardleiter und Standardgruppenmitglieder	<b>165%</b>	<b>Gesamt</b>
20%	Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung	Stellenprozentage zur Verfügung.								
40%	Qualitätsbeauftragte									
15% (x7)	Standardleiter und Standardgruppenmitglieder									
<b>165%</b>	<b>Gesamt</b>									

## 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](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Geriatrische Klinik St. Gallen → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Wir sind eine Kompetenzzentrum mit folgenden Betrieben:</b>
<p>Das Kompetenzzentrum der Ortsbürgergemeinde St. Gallen umfasst drei Institutionen am selben Standort:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geriatrische Klinik: Akutgeriatrie im stationären und ambulanten Bereich</li> <li>- Alters- und Pflegeheim Bürgerspital</li> <li>- Seniorenwohnsitz Singenberg</li> </ul> <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

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie ( <i>Altersheilkunde</i> )	Geriatrische Klinik	
<input checked="" type="checkbox"/> Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	Geriatrische Klinik	
<input checked="" type="checkbox"/> Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Geriatrische Klinik	

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

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

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulant</b> behandelte Patienten,	248	237	Tagesklinik: 108 Memory Klinik: 140
Anzahl <b>stationär</b> behandelte Patienten,	1583	1344	
Geleistete Pflage tage	29747	31145	Stationär: 28908 Tagesklinik: 2237
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	88	88	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	18.8	23.2	
Durchschnittliche Bettenbelegung	92.6%	96.7%	

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 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit <b>nicht</b> .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010/ 2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014/ 2015

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:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>84.6</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit)</b> bis <b>100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
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 Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

**Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung**

<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments	MECON - Fragebogen Patientenzufriedenheit	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments				

**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 Prozent		69.3%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**Verbesserungsaktivitäten**

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Zeitnahe Information der Patienten über aktuelle Untersuchungsergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laborresultate und Röntgenbefunde gleichentags mitteilen</li> <li>- Externe Befunde sofort nach Erhalt mitteilen</li> </ul>	Geriatrische Klinik Ärztlicher Dienst	2012 - 2014
Die Patienten sind zufrieden mit der Betreuung und der Information durch die Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient gut informieren über Handlungen, Abläufe, Änderungen, etc</li> <li>- Patient gut informieren über spezielle Untersuchungen (Ablauf, Organisation)</li> <li>- Patient informieren, wenn z. B. weniger Personal da ist wegen Krankheitsausfällen, viel los ist, etc. wenn es ihn betrifft (Wartezeiten)</li> <li>- Bei Konflikten und oder Beschwerden mit/von Patienten und Angehörigen auf Stationsleiterin oder Tagesverantwortung zugehen.</li> </ul>	Geriatrische Klinik 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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb hat <b>kein</b> Beschwerdemanagement / <b>keine</b> Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb hat <b>ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle</b> .
Bezeichnung der Stelle	Wünsche und Beschwerdenstelle
Name der Ansprechperson	
Funktion	Direktionssekretariat
Erreichbarkeit (Telefon, E-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
Vorbestelltes Essen wird auf die abgemachte Zeit geliefert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzierte Wartezeiten für das Mitarbeiteressen durch bessere Organisation</li> <li>- erstelltes Handbuch für optimierten Ablauf</li> </ul>	Kompetenzzentrum	2012
Umbau der Geriatrischen Klinik	<p>Viele Beschwerden betreffen bauliche und gebäudetechnische Massnahmen. z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehre Patienten müssen sich die Nasszelle oder das WC teilen</li> <li>- WC ohne Lüftung</li> <li>- Im Winter sind die Mitarbeitergarderoben zu kalt</li> <li>- Zu wenig Parkplätze</li> </ul> <p>Ziel ist es mittelfristig durch den Umbau der Geriatrischen Klinik diese baulichen Mängel zu reduzieren oder zu beheben.</p>	Geriatrische Klinik	ab 2014

## D2 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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit <b>nicht</b> .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010/ 2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014/ 2015

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		
	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>77.6</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit)</b> bis <b>100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
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 Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

### Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments	MECON - Fragebogen Angehörigenbefragung	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	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 Prozent	42.9	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

### Verbesserungsaktivität

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

### D3 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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit <b>nicht</b> .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015
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:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<b>Gesamter Betrieb</b>	68.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit)</b> bis <b>100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekte berechnet	
<b>Resultate pro Bereich</b>	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Ärzte	< 10 Antworten kein Ergebnis	Gesamtzufriedenheitswert aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe der sich aus dem Durchschnittswert der verschiedenen Einzelbereiche ergibt.	
Pflegepersonal	65		
Therapeuten	66.1		
med. techn. Personal	< 10 Antworten kein Ergebnis		
Hotellerie	72.5		
Verwaltung	77.4		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).		



### Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments	MECON - Fragebogen Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		239		
Rücklauf in Prozent		52,6%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

### Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kommunikation / Information über diverse Themen wie z.B.: Erweiterung Singenberg, Sanierung GK und weitere Veränderungsprozesse)	- Gut informierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	Geschäftsleitung	2012 bis zur nächsten Befragung die 2015 geplant ist.
Unzufriedenheit im Bereich der Aus- und Fortbildung	Gesteigerte Zufriedenheit im Bereich Aus- und Fortbildung - Klinikleitung geht den Ursachen vertieft nach - Klärung und Lösungssuche erfolgt auch individuell mit einzelnen Berufsgruppen - Fortbildungsreglement wird überprüft und ggf. angepasst - Erarbeitung des Fort- und Weiterbildungskonzepts	Geriatrische Klinik	2013
- Sanierung Geriatrische Klinik	- sanierte Geriatrischen Klinik	Geriatrische Klinik	ab 2014
- Ergonomie-Sprechstunde vermehrt nutzen - EDV Versuch W-Lan im EG und 7 OG	- zeitnahe Realisierung kleinerer Optimierungsmaßnahmen	Geriatrische Klinik	sofort

## D4 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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit <b>nicht</b> .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/> Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde eine Messung durchgeführt.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010/ 2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014/ 2015

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		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>77.6</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit)</b> bis <b>100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
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 Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	MECON-Zuweiserfragebogen	Name des Messinstituts
			MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	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	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	35			
Rücklauf in Prozent	28,5%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

### Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Telefonische Kontaktaufnahme mit Zuweisern	optimierter Informationsfluss zwischen Spital und niedergelassenen Kollegen	Geriatric	2012-2014
Kenntnisse und Erfahrungen der Zuweiser nutzen und miteinbeziehen	Einbezug der Zuweiser in schwierige Entscheidungen	Geriatric	2012-2014



## 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 ANQs 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.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

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.

### E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			
<p>Alle genannten Qualitätsmessungen werden – sofern für unsern Betrieb eine Relevanz besteht, aktuell mit betriebsinternen Tools gemessen.</p> <p>Ab 2013 werden wir uns nach dem erfolgten Vertragsabschluss mit ANQ zu allen Messungen mit den für uns relevanten Themen verpflichten und diese entsprechend durchführen.</p>			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

## E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®<sup>1</sup> 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.

## E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein 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. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

## E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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 ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende 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.

## E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung<sup>2</sup> Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

## E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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.

---

<sup>1</sup> SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

<sup>2</sup> Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

# F

## Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

### F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	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. - <b>Adhärenz</b> Überprüfen der 5 Indikationen / Gelegenheiten nach (WHO) für eine Händedesinfektion

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Adhärenz: 81%	Referenzwert: 77% Quelle: 10 Spitäler und 5 Chronic care facilities der Kantone SG, AA, TG
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch <b>nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. Begründung
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Förderung und gezielte Schulung der Händedesinfektion	Korrekte Durchführung	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2012 - 2013
Hygiene-Audits	Schematische Überprüfung der Durchführung der Händehygiene	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2012 - 2013

## F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

<b>Messthema</b>	<b>Stürze (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sturzrate pro 1000 Pflgetage</li> <li>- Verletzungen pro 1000 Pflgetage</li> <li>- Verletzungsindex</li> <li>- Durch Sturz zugezogene Frakturen pro 1000 Pflgetage</li> <li>- Frakturindex</li> </ul>

<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?</b>		
<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:

<b>Messergebnisse</b>			
<b>Anzahl Stürze total</b>	<b>Anzahl mit Behandlungsfolgen</b>	<b>Anzahl ohne Behandlungsfolge</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Kompetenzzentrum 827	Kompetenzzentrum 307	Kompetenzzentrum 520	Sturzrate pro 1000 Pflgetage: 8.65 (Kompetenzzentrum)
Geriatrische Klinik 335	Geriatrische Klinik 141	Geriatrische Klinik 194	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

### F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

<b>Messthema</b>	<b>Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dekubitusrate / 1000 Pflgetage</li> <li>- Anzahl protokollierte Dekubitusfälle total</li> <li>- davon interner Entstehungsort</li> <li>- davon externer Entstehungsort</li> </ul>

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	- Geriatrische Klinik - Alters und Pflegeheim Bürgerspital
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse				
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung		Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Kompetenzzentrum	92	Kompetenzzentrum	43	Dekubitusrate pro 1000 Pflgetage: 1.22 (Kompetenzzentrum)
Geriatrische Klinik	78	Geriatrische Klinik	32	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.				
Begründung				
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).				



## F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

<b>Messthema</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. Begründung
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt.	Name des Instruments: -
		Bemerkung: Das Instrument wurde von einer Juristin <b>betriebsextern</b> überprüft.
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb nimmt an <b>keinen Registern</b> teil.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb nimmt an folgendem <b>Register</b> teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/ Ab	An den Standorten
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	<a href="http://krebsliga-sg.ch/de/index.cfm">krebsliga-sg.ch/de/index.cfm</a>		Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter Geriatrische Klinik AG
Bemerkung				

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

### H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
<b>Grundstandard</b> Qualitätsmanagement SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
<b>Standard 1</b> Infektionsprävention und Spitalhygiene SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
<b>Standard 2</b> Erhebung von Patientenurteilen SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
<b>Standard 5</b> Schmerzbehandlung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Pflegeheim Bürgerspital	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
<b>Standard 11</b> Umgang mit kritischen Zwischenfällen SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
<b>Standard 15</b> Ernährung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2014		-
<b>Standard 17</b> Umgang mit Beschwerden und Wünschen von Patientinnen und Patienten SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
<b>Standard 25</b> Palliative Betreuung SanaCERT Suisse	Geriatrische Klinik	2008	2011	Umfänglich erfüllt (D)
<b>Branchenlösung H+</b>	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter		2008	Note 5
<b>Umwelt – Eigenkontrolle</b> Amt für Umwelt und Energie Kanton St. Gallen Baudepartement	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter		2012	nachvollziehbar, vollständig beurteilt und akzeptiert

## H2 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	Ziel	Bereich	Laufzeit
Bildungsmanagement	<p>In der Abteilung Aus-, Fort- und Weiterbildung mussten Optimierungsmöglichkeiten gefunden und die Effizienz in der Ausbildung gesteigert werden. Die Aufgabenbereiche wurden in der Abteilung neu organisiert und effizienter gestaltet. Insgesamt konnten somit 80 Stellenprozent eingespart werden.</p> <p>Für den Pflegedienst des Kompetenzzentrums wurde ein neues Konzept „Fort- und Weiterbildung im Pflegedienst“ erarbeitet.</p> <p>Zudem wurden Rahmenbedingungen geklärt, die eine marginale Kostenbeteiligung der Mitarbeitenden und die Anforderung auch Freizeit in interne Fortbildungen zu investieren, einschliessen.</p>	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Permanentes Qualitätsprojekt
Arbeitssicherheit	<p>Auch in diesem Jahr wurden alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bezüglich Brandschutz geschult. Schwerpunkt war das Auffinden der Brandschutztechnischen Anlagen am eigenen Arbeitsplatz.</p> <p>Ein grosses Projekt im Bereich der Arbeitssicherheit war 2012 das Erfassen aller Gefahrenstoffe inkl. Menge. Im Rahmen einer Eigenkontrolle für Spitäler musste dies für das Amt für Umwelt erstellt werden.</p> <p>Gleichzeitig machte das AFU eine Begehung auf unserer Liegenschaft und kontrollierte die Lagerung und Beschriftung der Gefahrenstoffe. Punktuell konnten Schwachstellen aufgezeigt werden und Massnahmen umgesetzt werden z.B.: Auffangwannen, Beschriftung,...</p>	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Permanentes Qualitätsprojekt
Gesundheits- und Absenzenmanagement	<p>Die Arbeitsgruppe Gesundheits- und Absenzenmanagement erarbeitete im Auftrag der Geschäftsleitung im 2012 die Ziele und Vorgaben zum Umgang mit Absenzen. Diese Vorgaben sind teilweise berufsgruppenspezifisch und betriebsspezifisch umgesetzt. Im Bereich Gesundheitsförderung wurden die bestehenden Angebote wie Yoga, Walking, MTT beibehalten. Die weitere Ausrichtung und Umsetzung im betrieblichen Gesundheitsmanagement wird im 2013 von der Geschäftsleitung, in enger Zusammenarbeit mit HR festgelegt.</p>	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Permanentes Qualitätsprojekt
Austrittsmanagement	<p>Die Prozessabläufe der Entlassungsplanung wurden analysiert und entsprechend angepasst, um das Betreuungsumfeld von betroffenen Personen optimal auf die Entlassung vorzubereiten.</p>	Geriatrische Klinik	Mai 2012 – August 2012
EDV - Notfallplan	<p>Es wurde ein Notfallplan erstellt, der sicherstellt, dass bei EDV – Schwierigkeiten zu den wichtigen Dokumenten und Arbeitspapieren Zugriff besteht. Pro Betrieb wurde ein Ablagesystem eingerichtet, in dem alle unabdingbaren Dokumente abgelegt wurden, die im Notfall für jeden Mitarbeiter zugänglich sind.</p> <p>Die Dokumente wurden jeweils pro Betrieb zentral abgelegt und die verantwortlichen</p>	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	November 2010 – Dezember 2012

	Personen für die Verwaltung und Aktualisierung wurden festgelegt. Zudem wurde geklärt und festgelegt, durch wen und wann der Notfallplan in Kraft gesetzt wird.		
Engagiert führen	Komplexe Aufgaben fordern von den Führungskräften ein anspruchsvolles Führungsverhalten. In der seit 2010 laufenden interprofessionellen Fortbildung „Führung- und Kommunikation“ wurde ein Führungstraining erarbeitet, um die mittleren Führungskräfte in ihrer Führungsrolle, ihrem Führungsverhalten und in ihren Aufgaben zu stärken. Um dies zu bewirken, wurden mehrere Module zu unterschiedlichen Themen angeboten. z.B.: Kommunikation, Mitarbeitergespräch, führen im Spannungsfeld, Führungsstil, Konfliktmanagement, Aufgabe & Rolle und weitere. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben mit einer individuellen schriftlichen Diplomarbeit ihren Lernprozess dokumentiert. Der Fortbildungszyklus wird 2013 mit einem letzten Vertiefungstag endgültig abgeschlossen.	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	April 2010 – Dezember 2013
Grade und Skills Mix Pflegedienst	Die Veränderung im Pflegebedarf, in der Berufsbildung und in der Organisation und Führung erforderten eine Neuordnung der Verteilung von Verantwortung / Aufgaben / Kompetenzen der Pflegenden sowie die Anpassung der Organisationsstruktur. Es wurden Grundlagen / Massnahmen erarbeitet, damit der Pflegebedarf, die Ausbildung Pflege und die Pflegeentwicklung gemäss Leistungsauftrag, im Kontext der Interprofessionalität, in angemessener Qualität umgesetzt werden können. Insbesondere wurden die Profile der Diplomierten Pflegefachfrau, der Fachfrau Gesundheit und der Pflegehelferinnen Profile evaluiert und für eine kompetenzgerechte Aufgabenzuteilung entsprechend angepasst. Parallel dazu wurde die Organisationsform auf den Stationen analysiert und entsprechende Optimierungsmassnahmen wurden umgesetzt.	Geriatrische Klinik	Juni 2008 – Dezember 2012
Interprofessionelles Sturzkonzept	Eine interprofessionelle Steuerungsgruppe hat sich formiert und die Eckpfeiler des Sturzkonzepts definiert. In häuserbezogenen Arbeitsgruppen konnten die Details des Konzepts erarbeitet werden. Basis für die Erarbeitung des interprofessionellen Sturzkonzeptes bildete eine Literaturrecherche über Stürze im Alter, Assessmentinstrumente, Risikofaktoren, Präventionsmassnahmen und Interventionsmassnahmen. Das Konzept ist erstellt, in allen Bereichen sind die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt. Das Konzept wurde von verschiedenen Disziplinen gegengelesen, ergänzt und verabschiedet. Mit der Schulung und Umsetzung des Konzeptes und der Massnahmen rund um die Sturz und Verletzungsprävention konnte 2012 erfolgreich gestartet werden.	Geriatrische Klinik und Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter	Oktober 2009 – März 2012

### H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Austrittsmanagement
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Die Prozessabläufe der Entlassungsplanung sind analysiert und entsprechend angepasst, um das Betreuungsumfeld von betroffenen Personen optimal auf die Entlassung vorzubereiten.
Beschreibung	<p>Ziel der akutergeriatrischen Behandlung ist es, durch ein Krankheitsereignis entstandene Defizite und vorhandene Ressourcen mit standardisierten Instrumenten zu erfassen, in einen individualisierten Behandlungsplan zu integrieren und die betroffenen Personen sowie deren Betreuungsumfeld anhand der daraus abgeleiteten Massnahmen optimal auf die Entlassung vorzubereiten.</p> <p>Die Entlassungsvorbereitungen sind unter anderem stark geprägt von hoher Patientenkomplexität, der Zunahme von Fällen und gleichzeitiger Reduktion der Verweildauer und unzählige Nahtstellen mit anderen Leistungserbringern. Die Prozessabläufe der aktuellen Entlassungsplanung tragen diesen Faktoren nur bedingt Rechnung und bedürfen einer Analyse und den entsprechenden Anpassungen.</p>
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Prozessabläufe der Entlassungsplanung wurden an die aktuellen Anforderungen angepasst. Der Entlassungszeitpunkt befindet sich in der Regel in der mittleren Verweildauer gemäss DRG.</li> <li>– Die bestehenden Dokumente wurden angepasst oder neue erarbeitet.</li> <li>– Eine adäquate Entlassungscheckliste liegt vor. Die Verantwortungen darin sind geklärt.</li> <li>– Die Anpassungen der Prozessabläufe und der Dokumente sind erfolgt und wurden entsprechend eingeführt.</li> </ul>
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ..... <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Geriatrische Klinik <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? .....
Involvierte Berufsgruppen	Ärztlicher Dienst, Pflege und Sozialdienst
Projektelevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Prozessabläufe sind den aktuellen Anforderungen angepasst</li> <li>– Das neue Formular „Austrittsplanung“ ist erstellt. Austrittstermine von planbaren Austritten werden am IBB oder bei den Visiten festgelegt. Zuständiger Arzt informiert Patientinnen und Patienten, bzw. deren Angehörige über den Austrittstermin.</li> <li>– Das Formular „Austrittsplanung“ wird in der Regel von den Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes erstellt, sofern diese in den Behandlungsprozess involviert sind. Andernfalls wird das Formular von den Pflegenden ausgefüllt.</li> </ul> <p>Auf dem Formular sind alle relevanten Angaben zum Austritt vermerkt, sowie noch zu erledigende Aufgaben und die Zuständigkeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ein Manual ist erstellt</li> </ul>
Weiterführende Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Formular „Austrittsplanung“</li> <li>– Manual Austrittsplanung</li> </ul>

Projekttitlel	EDV Notfallplan	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Um den Zugriff zu wichtigen Dokumenten bei EDV-Schwierigkeiten zu gewährleisten, ist ein Notfallplan erarbeitet und umgesetzt.	
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist geklärt, welche Dokumente in den verschiedenen Häusern vorhanden sind.</li> <li>- Es ist geklärt, welche der vorhandenen Dokumente unabdingbar sind, und in den Notfallplan aufgenommen werden sollen.</li> <li>- Die unabdingbaren Dokumente sind in elektronischer Form vorhanden.</li> <li>- Die Dokumente sind in Papierform vorhanden und häuserspezifisch abgelegt.</li> <li>- Es ist geklärt, wo die Dokumente abgelegt werden.</li> <li>- Die Häufigkeit der Aktualisierung ist geregelt, und die dafür verantwortlichen Personen sind festgelegt.</li> <li>- Es ist geklärt, ab wann der Notfallplan in Kraft tritt.</li> <li>- Es ist geklärt, wer entscheidet, wann der Notfallplan in Kraft tritt.</li> </ul>	
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pro Betrieb wurde ein Ablagesystem eingerichtet, in dem alle unabdingbaren Dokumente abgelegt wurden, die im Notfall für jeden Mitarbeiter zugänglich sind.</li> <li>- Alle unabdingbaren Dokumente wurden in den Notfallplan aufgenommen.</li> <li>- Alle Dokumente des EDV-Notfallplans wurden sowohl in Papierform, wie auch in elektronischer Form gesichert.</li> <li>- Die Dokumente wurden jeweils pro Betrieb zentral abgelegt und die verantwortlichen Personen für die Verwaltung und Aktualisierung wurden festgelegt.</li> <li>- Es wurde geklärt und festgelegt, durch wen und wann der Notfallplan in Kraft gesetzt wird.</li> </ul>	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ..... <input checked="" 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, Hotellerie, Pflege, Radiologie, Sozialdienst, Technischer Dienst, Therapien und Verwaltung	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der EDV-Notfallplan ist fertiggestellt und kommuniziert.</li> <li>- Die Inhalte des EDV Notfallplans werden mindestens jährlich auf ihre Aktualität überprüft, und entsprechend auf den neuesten Stand gebracht.</li> </ul>	
Weiterführende Unterlagen	EDV Notfallplan	

Bis zur Re-Zertifizierung 2014 wird an der Vertiefung der bestehenden Standards gearbeitet. Der Standard 15: Ernährung, der den Standard Pflegequalität abgelöst hat, wird aufgebaut und etappenweise eingeführt. Die Optimierungspotentiale, die sich im Zertifizierungs-Audit und dem Überwachungsaudit herausgestellt haben, werden entsprechend bearbeitet.

Es wird die Entscheidung gefällt, welche der gut etablierten Standards in die Routine übergehen, und durch andere ersetzt werden. Dazu wird ein entsprechender Vorschlag erarbeitet und der Geschäftsleitung zum Entscheid vorgelegt.

Das geplante Überwachungs-Audit, wird im Herbst 2013 durchgeführt. Zur Vorbereitung der Überwachung wird eine Selbstbewertung erstellt.

**„Die Kraft steckt in der Qualität“**

**Friedrich Nietzsche (1844-1900), dt. Philosoph**

### Verantwortlich für den Qualitätsbericht



Claudia Lenz  
Qualitätsbeauftragte  
[claudia.lenz@geriatrie-sg.ch](mailto:claudia.lenz@geriatrie-sg.ch)

Gabriela Bischofberger  
Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung  
[gabriela.bischofberger@geriatrie-sg.ch](mailto:gabriela.bischofberger@geriatrie-sg.ch)