

Kantonsspital St.Gallen
Rorschacher Strasse 95
9007 St.Gallen



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

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.

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



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

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

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und –ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
B5	Organisation des Qualitätsmanagements im Kantonsspital St.Gallen	3
B6	Angaben zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Angebotsübersicht	4
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	6
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	10
D4	Zuweiserzufriedenheit	11
E	ANQ-Indikatoren	13
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	13
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	20
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	21
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	21
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	22
G	Registerübersicht	23
H	Verbesserungsaktivitäten und –projekte	29
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	29
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	30
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	31
I	Schlusswort und Ausblick	32

A

Einleitung

Mit diesem Qualitätsbericht 2012 nimmt die Geschäftsleitung des Kantonsspitals St.Gallen die Gelegenheit wahr, die Entwicklungen und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen im Unternehmen Kantonsspital St.Gallen darzustellen.

Erstmals wird der Qualitätsbericht 2012 ausschliesslich in der elektronischen Form nach der Vorlage von H+ erstellt.

Die verschiedenen Aktivitäten und Themen im Rahmen des Qualitätsmanagements sind auch in diesem Berichtsjahr vielschichtig. Die sich ändernden Rahmenbedingungen – seien es medizinische, wirtschaftliche oder politische – betrachtet das Kantonsspital St.Gallen als eine kontinuierliche Herausforderung, welche die Weiterentwicklung des Unternehmens im Sinne einer lernenden Organisation darstellt.

Für das Unternehmen Kantonsspital St.Gallen mit den drei Standorten Kantonsspital St.Gallen, Spital Rorschach und Spital Flawil wird ein gemeinsamer Qualitätsbericht 2012 veröffentlicht.

Kantonsspital St.Gallen, im Mai 2013

Dr. med. Daniel Germann
Direktor und
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Nicole Mösli
Leiterin Departement Pflege
Mitglied der Geschäftsleitung
Ressort Qualitätsmanagement

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und – ziele

Nach den Vorgaben des Verwaltungsrates ist das Kantonsspital St.Gallen zertifiziert nach sanaCERT suisse. Die Geschäftsleitung hat in der Strategie H12-15 und in den Unternehmenszielen 2012 die Qualitätsbelange klar platziert.

Neben der Zertifizierung des Gesamtunternehmens nach sanaCERT suisse unterstützt die Geschäftsleitung die Departemente, Kliniken und Fachbereiche zur Erlangung von andere Zertifikaten und Labels.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

- Überwachungs-Audit sanaCERT suisse 2012
- Durchführung der ANQ Messungen. Dabei wird ein grosses Augenmerk auf die Erfüllung des PDCA-Kreislaufes gelegt
- Zertifizierung des Brustzentrums St.Gallen

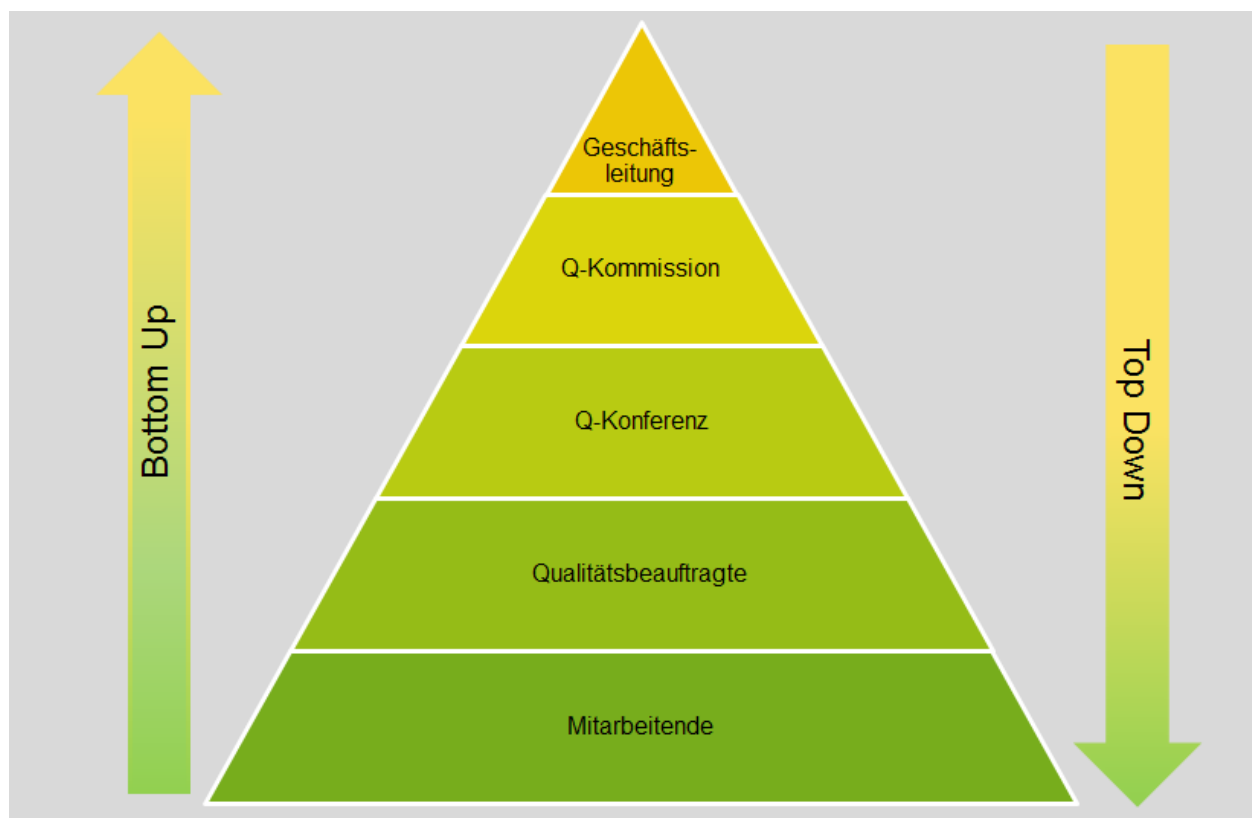
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

- Überwachungs-Audit sanaCERT suisse 2012 bestanden
- Alle geforderten ANQ-Messungen wurden durchgeführt, die Resultate analysiert und mögliche Verbesserungsmassnahmen erarbeitet
- Die zeitnahe Verfügbarkeit und Qualität von Kurzaustritts- und Austrittsberichten wurde erreicht
- Die Arbeitsgruppe Praxis-Spital wurde etabliert

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Re-Zertifizierung nach sanaCERT suisse 2014
- Anpassung des Standardsets Kantonsspital St.Gallen für die Re-Zertifizierung sanaCERT suisse
- Patientensicherheit: Ereignisanalyse auf Basis London-Protokoll einführen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements im Kantonsspital St.Gallen



<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	500 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angaben zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Nicole Möslì	071 494 2310	nicole.moesli@kssg.ch	Leiterin Departement Pflege Mitglied der Geschäftsleitung Ressort Qualitätsmanagement
Dr. med. Norbert Rose	071 494 2579	norbert.rose@kssg.ch	Leiter Qualitäts- und Risk Management
Dr. med. Peter Ueberschlag	071 494 2514	peter.ueberschlag@kssg.ch	Leiter Operatives Qualitätsmanagement
Heidi Funk	071 494 26 03	heidi.funk@kssg.ch	Stv. Leiterin Operatives Qualitätsmanagement
med. pract. Andreas Koepcke			Qualitätsbeauftragter bis 30.11.2012

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**

1 Ihr Standort

9000 St. Gallen

2 Organ

3 Behandlungswunsch

Suche starten

→ Register „Leistungen“.

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/> Wir sind ein Unternehmen mit folgenden Standorten:	<ul style="list-style-type: none"> - St.Gallen - Rorschach - Flawil

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	Kantonsspital St.Gallen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitätern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	x	
Allgemeine Chirurgie	x	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	x	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	x	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	x	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	x	
Handchirurgie	x	
Thorax- und Gefässchirurgie (Operationen im Brustkorb und-raum sowie Allgemeine Gefässchirurgie)	x	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	x	

Angebotene medizinische Fachgebiete	Kantonsspital St.Gallen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	x	Zentrumsfunktion für alle Spitäler des Kantons St.Gallen (Konsiliardienst, Spitalhygiene und Personalärztlicher Dienst), Spitalhygiene zusätzlich Spitäler Kantone Appenzell Ausserrhoden und Thurgau
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	x	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	x	
Intensivmedizin	x	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	x (Belegarzt)	
Neurochirurgie	x	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	x	Netzwerk Schlaganfallbehandlung St.Gallen
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	x	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	x (+ Belegarzt)	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	x (+ Belegärzte)	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	x	Netzwerk Onkologie St.Gallen
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	x	
Psychiatrie und Psychotherapie	x	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende. Verfahren)	x	
Tropen- und Reisemedizin	x	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	x (+ Belegarzt)	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Kantonsspital St.Gallen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Diabetesberatung	x	
Ergotherapie	x	
Ernährungsberatung	x	
Logopädie	x	
Neuropsychologie	x	
Physiotherapie	x	
Psychologie	x	
Psychiatrie	x	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten (Fälle)	126'094	145'572	Werte 2012 mit 2011 nicht vergleichbar aufgrund geänderten Fallhandling
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	-	-	
Anzahl stationär behandelter Patienten (Fälle)	35'257	36'023	Inklusive gesunde Neugeborene
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	1'175	1'261	
Geleistete Pflage tage	265'818	275'406	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	829	819	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.5	7.8	
Durchschnittliche Bettenbelegung	86.9%	90.4%	

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 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"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2006/2007	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
Gesamter Betrieb		Messung 2006 / 2007
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	87.6	
Pflege	87.0	
Organisation	80.8	
Hotellerie	81.7	
Öffentliche Infrastruktur	84.3	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<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"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts
<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		Mit den „MECON-Fragebogen“ wird die Patientenzufriedenheit der stationären Patienten zu fünf Zufriedenheitskriterien befragt: Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie, öffentliche Infrastruktur	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Gemäss MECON-Kriterien		
	Ausschlusskriterien	Gemäss MECON-Kriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		Ergebnisse noch ausstehend		
Rücklauf in Prozent		Ergebnisse noch ausstehend	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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
Bezeichnung der Stelle	Operatives Qualitätsmanagement
Name der Ansprechperson	Dr. med. Peter Ueberschlag
Funktion	Leiter Operatives Qualitätsmanagement
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Per Brief, E-Mail, Internet, Telefon; Fax und über das Instrument Patientenurteil. Bearbeitung der Anliegen werktags von 08:00 bis 17:00 Uhr
Bemerkungen	

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"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	

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:	Palliativzentrum

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	<p><i>Wie haben Sie die Betreuung Ihres Angehörigen vor dem Sterben erlebt?</i></p> <p>Antworten auf einer Likert Skala von 1 bis 5: 1 sehr gut 5 sehr schlecht</p>	<p>91% der Angehörigen haben die Betreuung vor dem Sterben ihres Angehörigen als gut bis sehr gut beurteilt. 9% der Angehörigen haben die Betreuung vor dem Sterben als mittel bis sehr schlecht beurteilt.</p> <p>Bei 2 Fragebogen (3%) wurde diese Frage mit sehr schlecht beurteilt. Diese schlechte Beurteilung wurde damit begründet, dass die Information oder allgemein das Gespräch mit den Ärzten und dem Pflegepersonal nicht den Bedürfnissen der sterbenden Patienten und der Angehörigen entsprach.</p>

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments	<p>Der Fragebogen wurde spezifisch für das Kantonsspital St.Gallen in Abstimmung mit dem Behandlungspfad Liverpool Care Pathway für sterbende Patienten und in Anlehnung an eine Angehörigenbefragung zum gleichen Thema im 2009 erstellt. Es handelt sich um einen strukturierten Fragebogen mit acht Fragebereichen und der Möglichkeit, Kommentare anzubringen.</p> <p>Bei zwei Fragebereichen waren Mehrfachantworten möglich.</p>		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Todesfälle im Zeitraum vom 1. April bis 31. Juli 2012 - Alle Angehörigen oder nahe Bezugspersonen (ersichtlich aus Stamblatt) der gemeldeten, verstorbenen Patienten erhielten einen Fragebogen 		
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Adressat ist nicht verwandt bzw. nicht nahe stehend (Vermerk im Patientenstamblatt: Beistand, Seelsorger, Bekannter oder Institution, z.B. Heim) 		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		151 Fragebogen wurden versandt, 70 Fragebogen kamen zurück (vollständig, valide)		
Rücklauf in Prozent		46	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Information und Diskussion mit dem Qualitätsbeauftragten	Besprechung des weiteren Vorgehens	Qualitätsmanagement	erledigt
Information und Diskussion mit der Koordinationsgruppe „Palliative Betreuung“	Besprechung des weiteren Vorgehens, Diskussion und Massnahmenplanung in den jeweiligen Fachbereichen	Palliativzentrum, Sozialdienst, Seelsorge, Pflegeentwicklung	laufend
Kontaktaufnahme mit Angehörigen, die nicht anonym bleiben wollten	Gesprächsangebot über schwierige Erlebnisse während der Sterbephase ihres Angehörigen	Palliativzentrum	erledigt
Information der Multiplikatoren (Pflegefachpersonen und Ärzte) des Standards Palliative Betreuung über die Ergebnisse	Sensibilisierung	Gesamter Betrieb	5.12.2012
Einrichtung eines Raums der Stille	Angehörige haben einen Raum, wo sie zur Ruhe kommen können mit Möglichkeit der Kontaktaufnahme zur Seelsorge	Seelsorge	in Umsetzung

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"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Noch nicht bestimmt

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
Gesamter Betrieb	60.4	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	64.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	58.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe

Therapeuten	67.4	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	58.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	64.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	61.6	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
<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 Instruments	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	alle Mitarbeitenden wurden befragt	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		2'433 Fragebogen	
Rücklauf in Prozent		59.9	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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

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:	Standort St.Gallen
<input checked="" 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
Standort St.Gallen		Messung 2010
Resultate pro Bereich lösen	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Leistungsspektrum	78.2	
Organisation	68.0	
Einweisungsprozess	66.2	
Zusammenarbeit	71.2	
Berichtswesen	71.5	
Patientenimage	70.4	
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
<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 Instruments	MECON-Zuweiserbefragung, Version 1.1.5	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments		Validiertes Messinstrument	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle zuweisenden Ärzte, welche vom 1.1. – 30.06.2010 zwei oder mehr Patienten dem Kantonsspital St.Gallen, Standort St.Gallen, zugewiesen haben.	
	Ausschlusskriterien	Alle zuweisenden Ärzte, welche vom 1.1. – 30.06.2010 weniger als zwei Patienten dem Kantonsspital St.Gallen, Standort St.Gallen, zugewiesen haben.	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent	30.7	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Kontaktgruppe „Praxis – Spital“	Umsetzung im Rahmen des Unternehmensziels 2012 ausformulieren	Gesamtes Kantonsspital St.Gallen	kontinuierlich

Die Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte hat für das Kantonsspital eine herausragende Bedeutung. In der Diskussion mit den Praxisärzten innerhalb der in 2012 etablierten „Kontaktgruppe Praxis – Spital“, werden die vordefinierten Einflussgrößen der Zusammenarbeit besprochen und Verbesserungspotentiale konsequent vorangetrieben.

So konnte beispielsweise bereits in 2012 die notwendige zeitnahe Verfügbarkeit der erforderlichen Behandlungsinformationen vom Spital zum Haus- oder weiterbehandelnden weiter signifikant verbessert werden. Dazu wurde sichergestellt, dass die beim Patientenaustritt notwendigen Kurzaustritts- oder auch die endgültigen Austrittsberichte definitiv vorliegen. Die Versandzeiten der endgültigen Austrittsberichte wurden in einem Projekt in 2012 gemessen, analysiert und durch konsequente Verbesserungsmaßnahmen messbar verkürzt.

E

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 Ergebnisqualitäts-Messungen 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

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			
SIRIS Implantat-Register wird ab 1.9.2012 geführt			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

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

Mit der Methode SQLape®¹ 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: www.anq.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Gesamtes Kantonsspital mit den Standorten St.Gallen, Rorschach und Flawil
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Gesamtes Kantonsspital mit den Standorten St.Gallen, Rorschach und Flawil

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2010					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
4.64%	0.90%	5.30%	4.91% bis 5.70%	B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
Mit dem verwendeten Suchalgorithmus für den ANQ-Indikator „Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisation)“ werden u. E. überhöhte Ergebnisse berechnet. Weitere Softwareanpassungen durch den Hersteller sind zu erwarten.					

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		26'579
Bemerkung		Freiwillige Publikation der Spitalergebnisse über den ANQ in 2013

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Mitarbeit in Fachkommission Qualität Akutmedizin	Initialisierung von Korrekturmassnahmen der SQLape Software	Potentiell vermeidbare Rehospitalisation und Reoperationen	2011
Teilnahme an eingesetzter Usergroup	Verbesserung der Suchalgorithmen und Anwenderakzeptanz	Potentiell vermeidbare Rehospitalisation und Reoperationen	2011 bis 2013

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

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

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.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?		
<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:

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2010				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
5.77%	4.65%	3.91% bis 5.49%	C	A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Die mittels SQLape errechneten Ergebnisse sind u.E. nicht valide und suggerieren eine erhöhte Anzahl an potentiell vermeidbaren Reoperationen. Auch für diesen ANQ-Indikator sind weitere Softwareanpassungen herstellereitig zu erwarten.

Informationen für das Fachpublikum

Auswertungsinstanz: Bundesamt für Statistik BFS⁵

Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		21'661
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Mitarbeit in Fachkommission Qualität Akutmedizin	Initialisierung von Korrekturmassnahmen der SQLape Software	Potentiell vermeidbare Rehospitalisation und Reoperation	2011
Teilnahme an eingesetzter Usergroup	Verbesserung der Suchalgorithmen und Anwenderakzeptanz	Potentiell vermeidbaren Rehospitalisation und Reoperation	2011 bis 2013

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

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.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?		
<input 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:
		Gesamtes Unternehmen: Dickdarm (Colon) und Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			Vorjahreswerte	
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		<i>Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.</i>		
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Vorjahreswerte: Siehe Qualitätsbericht 2011	
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Die Daten liegen vor, müssen aber intern noch analysiert und validiert werden.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SwissNOSO

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung 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.

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Berner Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre) (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt - Säuglinge der Wochenbettstation - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	545	Anteil in Prozent (Antwortrate)	73.2

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt (zitiert nach Victorian Government Department of Human Services (2004), zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

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:
Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012		In den drei Standorten St.Gallen, Rorschach und Flawil wurden 389 stationäre Patienten erfasst	
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen⁸	
Im Erfassungskollektiv von 389 Patienten sind 68 Patienten nachvollziehbar gestürzt	In Prozent	17.5	Auf die spitaleigene kontinuierliche Erfassung der Stürze im Spital wird hingewiesen (Kapitel F2)
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung			

⁷ 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.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

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:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012	In den drei Standorten St.Gallen, Rorschach und Flawil wurden 389 stationäre Patienten erfasst	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4	20	7.6
	ohne Kategorie 1	13	3.2
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	7	1.7
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Die nächste geplante „Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus“ ist am 5. Nov. 2013 vorgesehen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Die spitalindividuellen Ergebnisse werden über den ANQ veröffentlicht

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

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.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:				
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)			Wertung der Ergebnisse
	St.Gallen	Rorschach	Flawil	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.26	8.96	9.23	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.09	8.87	9.30	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.15	9.29	8.99	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.13	9.28	9.29	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.51	9.55	9.52	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung	Die Ergebnisse werden über den ANQ veröffentlicht			

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
<input type="checkbox"/> hcri AG	<input type="checkbox"/> hcri AG
<input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	<input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH
	<input type="checkbox"/> ESOPE
	<input type="checkbox"/> NPO PLUS
	<input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
	<input type="checkbox"/> QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt 	
Anzahl angeschriebene Patienten	2269		
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten	930	Rücklauf in Prozent	41
Bemerkung	Werte gelten für das gesamte Unternehmen		

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?	a) Patienten mit multiresistenten Keimen b) Postoperative Wundinfekte nach Schädeleingriffen		
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: Patienten mit multiresistenten Keimen
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Schädeleingriffe der Neurochirurgischen Abteilungen
Messergebnisse			
Infektionen		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	Ad a) Interne Daten, Benchmark mit anderen Spitälern wegen verschiedenen Erfassungsmethoden nur bedingt möglich Ad b) Erfassung noch nicht abgeschlossen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Eigenentwicklung Spitalhygiene
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Ad a) Alle Patienten mit multiresistenten Keimen Ad b) Alle Patienten mit Schädeleingriff	
	Ausschlusskriterien	Ad a) Akquirierung multiresistenter Keime an einem anderen Spital Ad b) Schädeleingriff <1 Monat vor Indexoperation	
Bemerkung			

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze, Stürze in den Häusern, Sturzverletzungen, Risikofaktoren		
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			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
956	433	523	
<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.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzmeldeportal
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patientinnen und Patienten, die stürzen (Vollerhebung)	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	100
Bemerkung		Jedes Sturzereignis wird erfasst	
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Sturzrisikoerkennung Screening	Verbesserte Sturzrisikoeinschätzung	Alle Bettenstationen	laufend



Registerübersicht

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

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

Klinik/Abteilung	Titel der Daten	Benchmark	Daten vorliegend
Fachbereich Angiologie	PTA-Register (Erfolgs- und Komplikationsraten)	Nein	Ja
Fachbereich Gastroenterologie / Hepatologie	Papillotomieregister	Ja	Ja
	HCV Kohorte SCCS	Ja	Ja
	IBD Kohorte SIBDC	Ja	Ja
	BARRIX (Radiofrequenzablation) Oesophagus	Nein	Ja
	Beckenbodenzentrum	Nein	Ja
	Atemtest Laktose, Fruktose	Nein	Ja
	Achalasie	Nein	Ja
	Datenbank Hepatologie	Nein	Ja
Institut für Anästhesiologie	ADS (Anästhesie-Datenbank Schweiz)	Ja	Ja
Fachbereich Chirurgische Intensivstation	Minimaler Datensatz (MDSi) der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	Ja	Ja
Fachbereich Infektiologie / Spitalhygiene	SHCS (HIV-Kohorte)	Begrenzt	Nein
	SCCS (HCV-Kohorte)	Geplant	Ja
Fachbereich Infektiologie / Spitalhygiene (Personalärztlicher Dienst)	Durchimpfraten	Ja	Ja
Fachbereich Kardiologie Interventionelle Kardiologie	AMIS (Acute Myocardial Infarction Switzerland)	Ja	Ja
	CTO Register	Ja	Ja
	Jahresstatistik AG PCI	Ja	Ja
Fachbereich Kardiologie Rhythmologie	Nationales Register	Ja	Ja
	EHRA whitebook	Ja	Ja
	Regionales Deviceregister: PASO Datenbank	Ja	Ja

Klinik/Abteilung	Titel der Daten	Benchmark	Daten vorliegend
Fachbereich Rheumatologie und Rehabilitation	Swiss Clinical Quality Management (SCQM) für rheumatoide Arthritis u. M. Bechterew und Psoriasis-Arthritis	Ja	Ja
	Swiss systemic lupus erythematosus cohort study (SSCS)	Ja	Nein
Fachbereich Innere Medizin, Rorschach	AMIS (Acute Myocardial Infarction Switzerland)	Ja	Ja
	Erfassung von Komplikationen med. Interventionen („Komplikationenliste der SGIM“)	Ja	Ja
Fachbereich Innere Medizin, Flawil	Erfassung von Komplikationen med. Interventionen („Komplikationenliste der SGIM“)	Ja	Ja
Klinik für Chirurgie St.Gallen	Komplikationenliste Schweizer Spitäler	Ja	Ja
	Swiss VASC (Statistik für Gefässeingriffe)	Ja	Ja
Klinik für Chirurgie, Standort Rorschach	AQC-Statistik	Ja	Ja
Klinik für Chirurgie, Flawil	AQC-Statistik	Ja	Ja
	SALTC-Statistik im Spital Flawil	Ja	Ja
Nephrologie / Transplantationsmedizin	Swiss Transplant Cohort Study (STCS) → http://www.stcs.ch Transplantationsergebnisse aller Transplantierten und Transplantatempfänger (solide Organe)	Nein	ja
	Schweizerisches Dialyseregister SRRQAP	Nein	Ja
	Swiss Organ Allocation System SOAS	Nein	Ja
	Nephrologie Datenbank	Nein	Ja
Institut für Rechtsmedizin	Interne Positiv- und Negativ-Kontrollen im analytischen Bereich (Forensische Toxikologie und Forensische Genetik)	Nein	Ja
	Externe Kontrollen in Form von Ringversuchen im analytischen Bereich (Forensische Toxikologie und Forensische Genetik)	Nein	Ja
	AGFAD (Ringversuch der Arbeitsgemeinschaft für Altersdiagnostik)	Nein	Ja
Frauenklinik	FIVNAT (Fertilisation in vitro national), fiore	Ja	Ja
	MNDS (Minimal neonatal dataset), Neonatologie	Ja	Ja
	ASF Statistik, Frauenklinik	Ja	Ja
Brustzentrum St.Gallen	SBCDB (SwissBreastCancerDataBase)	Ja	Ja

Klinik/Abteilung	Titel der Daten	Benchmark	Daten vorliegend
Klinik für Urologie	Nationale Studie zur Erfassung und der Brachytherapie	Nein	Ja
	Vergleichsstudie RRP zur nationalen Studie zur Erfassung und Sicherung der Brachytherapie	Nein	Ja
Klinik für Nuklearmedizin	Mehrere Protokollierungslisten im Rahmen regelmässiger Qualitätskontrollen laut Betriebsbewilligung für den Umgang mit ionisierender Strahlung resp. der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften	Ja	Ja
	Schilddrüsenlabor: Vierteljährliche Teilnahme an der Qualitätskontrolle im Ringversuch der DGKL	Ja	Ja
Institut für Pathologie	Regelmässige Teilnahme an den Ringversuchen des UK NEQAS (Histopathology)	Nein	Ja
	Regelmässige Teilnahme an Ringversuchen von Swiss Histo	Nein	Ja
Klinik für Radio-Onkologie	Dosimetrievergleiche - national - international	Ja	Ja
	Gerätekontrollen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bzw. SGSMP-Empfehlungen (täglich / wöchentlich / jährlich)	Ja	Ja
	Plankontrollen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bzw. SGSMP-Empfehlungen (jeder Plan)	Ja	Ja
Spitalapotheke	Mikrobiologische Prüfung des Umkehrosmosewassers (alle 6 Wochen)	Nein	Ja
	Chemische Prüfung des Umkehrosmosewassers (2x jährlich)	Nein	Ja
	Partikelmessung in Reinräumen	Nein	Ja
	Mikrobiologische Validierung steriler und aseptisch hergestellter Arzneimittel	Nein	Ja
	Wischtest auf Rückstände nach Zytostatikazubereitung	Nein	Nein
Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)	Längsschnitt -> ambulante Patientenbefragung	Nein	Ja
	Aufenthaltszeiten der Patienten	Nein	Ja
Fachbereich Endokrinologie / Diabetologie	Schweizerische Diabetes Studie (Swiss-Diab)	Begrenzt	Nein
Klinik für Onkologie / Hämatologie	Zertifizierung für autologe Stammzell-Transplantation (Joint Accreditation Committee of ISHAGE and EBMT JACIE)	Ja	Ja
	Regelmässige Ringversuche Labor (Verband für medizinische Qualitätskontrollen (QUALAB))	Ja	Ja

Klinik/Abteilung	Titel der Daten	Benchmark	Daten vorliegend
Fachbereich Palliativzentrum	Konsiliardienst: Mini-Data-Set (MDS) - Statistik	Nein	Ja
	Angehörigenbefragung 2012	Nein	Ja
Fachbereich Neurologie	Stroke Center und Stroke Netzwerk: Kontinuierliche Qualitätskontrolle und Sicherstellung der Datengrundlage zur Teilnahme am Stroke Register. (Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin IVHSM)	Nein	Ja

Registerübersicht			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Teilnahme
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	Ja
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	Ja
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.agc.ch	Ja
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	Ja
Fécondation In Vitro National - FIVNAT-CH	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/	Ja
Knochtumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie - KTRZ	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochtumor-referenzzentrum/	Ja
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	Ja
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Ja
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Ja
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	Ja
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	Ja
Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch	Ja

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Teilnahme
Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister - SOL-DHR	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php	Ja
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	Ja
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	Ja
Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	Ja
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitäts-sicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	Ja
Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	Ja
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13	Ja
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch	Ja
Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	Ja
Swiss SLE Cohort Study - SSCS	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch	Ja
SWISS Spine Register EURO Spine Register (Spine tango)	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch www.eurospine.org www.memdoc.org	Ja
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	Ja
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebssliga-sg.ch/de/index.cfm	Ja

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Gültigkeitsbereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
sanaCERT Suisse	Ganzes Unternehmen, alle drei Standorte	2004	2012	
ISO 9001:2008	Departement Finanzen	2006	2012	Jährliche interne und externe Audits / Rezertifizierung 2015
ISO 9001:2008	FIORE	2007	2012	Jährliche intern und externe Audits
ISO/IEC 17025	Rechtsmedizin: Forensische Toxikologie und Forensische Genetik	2004	2009	Akkreditierung
ISO/IEC 17020	Rechtsmedizin: Forensische Medizin		Audit Sept. 2012	Akkreditierung im Gange
ISO 14644-1 (ISO-Klassen 5-8)	Operationssaalbelüftung	Jährlich	Jährlich	Reinraumpartikel-messungen
ISO 13485	Zentrale Sterilgutversorgung	2006	2012	Zertifizierung gesamtes Departement Betrieb & Infrastruktur nach ISO 9001:2008 im Nov. 2013
ISO 13485	Medizintechnik	2007	2012	Zertifizierung gesamtes Departement Betrieb & Infrastruktur nach ISO 9001:2008 im Nov. 2013
KLS/SGS Qualitätslabel / Kriterienkatalog Brustzentren	Brustzentrum KSSG St.Gallen	2012		
Joint Accreditation Committee of ISHAGE and EBMT (JACIE)	Zertifizierung für autologe Stammzell-Transplantationen	2005	2011	Rezertifizierung in 2013 geplant
QUALAB	Labor Onkologisches Ambulatorium		2012	Es finden jährliche Rezertifizierungen statt
SQPC	Palliativzentrum / Palliativstation und Konsiliardienst	2011		Rezertifizierung in 2014 geplant
IVR	Rettungsdienst	2008		Rezertifizierung 12/2013
EduQua	Aus-, Fort- und Weiterbildung Departement Pflege	2012		Gültig bis 4.3.2015
Culinarium	Gastronomie	2007	2012	

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 (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit
Ambulantes Beschwerdemanagement für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Zuweiser	Implementiert August 2012	Gesamtunternehmen	Ab August 2012 permanent
Zertifizierung Stroke Center	Zertifikat 2013	Neurologie / Stroke Center	
Patientenidentifikation	Sichere Identifikation aller stationärer Patienten mit einem Patientenarmband	Gesamtunternehmen	

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Einführung eines unternehmensweiten Beschwerdemanagements für ambulante Patienten, Angehörige und Besucher	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Den ambulanten Patienten, deren Angehörigen und den Besuchern wird ein einfacher und unkomplizierter Zugang für die Etablierung einer Beschwerde oder eines Lobes ermöglicht. Eine Auswertung über die ermittelten Daten wird den Departementen / Kliniken / Fachbereichen zur Verfügung gestellt.	
Beschreibung	<p>Bisher konnten ambulante Patienten ihre Einschätzungen nur eingeschränkt und nur in Papierform in den Ambulatorien deponieren. Angehörige oder Besucher erhielten ausschliesslich auf Anfrage an der Information in Haus 04 ein Formular.</p> <p>Im Rahmen des Projektes wurde eine interdisziplinäre Projektgruppe mit Vertretern aus dem Qualitätsmanagement, dem Dep. Pflege, dem Dep. Betrieb und Infrastruktur und dem Bereich Informatik gegründet, um die spezifischen Bedürfnisse aus Sicht der zuständigen Spitalbereiche, aber auch aus Sicht der Patienten, Angehörigen und Besucher zu evaluieren.</p> <p>Es wurde eine softwarebasierte Lösung mittels Sharepoint priorisiert, die eine Auswertung der eingegebenen Daten zulässt. Die Datenanalyse wird den zuständigen Bereichen im Hinblick auf potentielle Verbesserungen in regelmässigen Abständen zur Verfügung gestellt.</p> <p>Für die ambulanten Patienten, Angehörigen und Besucher liegen in den zugänglichen Wartebereichen im Unternehmen dafür konzipierte „Ihre Meinung“-Formulare zur Verfügung, die kostenfrei auf dem Postweg retourniert werden können. Alternativ kann die Rückmeldung mittels Kontaktformular auf der Homepage www.kssg.ch abgegeben werden. Auch anonymisierte Rückmeldungen werden bearbeitet.</p>	
Projekttablauf / Methodik	Gemäss Vorgaben des Multiprojektmanagements des Kantonsspitals St.Gallen	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Alle Abteilungen mit Ambulatorien, Sprechstunden und öffentlichen Wartebereichen / Aufenthaltsorten.	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen mit Patienten-, Angehörigen- und Besucherkontakten	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Patienten, Angehörige und Besucher bekommen meist innerhalb eines Arbeitstages eine Eingangsbestätigung auf ihre Meldung. Die Zustellung einer Meldung an die sachbearbeitende Stelle im Kantonsspital St.Gallen ist transparent und zeitnah gestaltet.	

Das Qualitätsmanagement sieht sich als unterstützenden Bereich für alle Departemente / Kliniken und Fachbereiche. Das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung gemäss dem Deming-Zyklus „Plan-Do-Check-Act“ wird als zentraler Pfeiler in der Qualitätsarbeit angesehen.

Qualität ist für das Kantonsspital St.Gallen nicht nur das erreichte Ergebnis, sondern auch die Motivation zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Auch zukünftig besteht für das Kantonsspital St.Gallen die besondere Herausforderung darin, die Erwartungen, Wünsche und Hoffnungen der Patientinnen und Patienten zur Abklärung, Behandlung und Betreuung im Sinne des Qualitätsmanagements optimal zu unterstützen.