

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

23.05.2018
Robert Etter, Vorsitz der Geschäftsleitung

Version 2



Geriatrische Klinik St. Gallen AG

www.geriatrie-sg.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Frau
Claudia Lenz
Qualitätsbeauftragte
071 243 8899
claudia.lenz@geriatrie-sg.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.5 Registerübersicht	19
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	22
Befragungen	23
5 Patientenzufriedenheit	23
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	23
5.2 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit	25
6.1 Eigene Befragung	25
6.1.1 Angehörigenzufriedenheitsbefragung	25
7 Mitarbeiterzufriedenheit	26
7.1 Eigene Befragung	26
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung	26
8 Zuweiserzufriedenheit	27
8.1 Eigene Befragung	27
8.1.1 Zuweiserbefragung	27
Behandlungsqualität	28
9 Wiedereintritte	28
9.1 Eigene Messung	28
9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt	28
10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen	29
11.1 Eigene Messung	29
11.1.1 katheterassoziierte Harnwegsinfekte	29
12 Stürze	30
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	30
13 Wundliegen	31
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	31
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	33
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	33
14.1.1 Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen	33
15 Psychische Symptombelastung	

16	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an. Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	34
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	34
18.1.1	Neue Webseite	34
18.1.2	Wäschereibetrieb	34
18.1.3	Mahlzeitenangebot	34
18.1.4	Privisoriumsbetrieb Cafeteria GK	35
18.1.5	Einführung Modul elektr. Pflegeprozess	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	36
18.2.1	Veränderung des Bestellrhythmus unter Sanalogic 16	36
18.2.2	Ablösung PEPS durch Polypoint	36
18.2.3	Ablösung Software „Kursadministration“	36
18.2.4	Pilot London Protokoll	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	38
18.3.1	Grundstandard	38
18.3.2	Infektionsprävention und Spitalhygiene	38
18.3.3	Schmerzbehandlung	38
18.3.4	Kritische Zwischenfälle	39
18.3.5	Mitarbeitende Menschen	39
18.3.6	Ernährung	39
18.3.7	Wünsche und Beschwerden	39
18.3.8	Palliative Betreuung	39
18.3.9	Arbeitssicherheit H+	40
19	Schlusswort und Ausblick	41
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	42
	Akutsomatik	42
	Anhang 2	
	Herausgeber	44

1 Einleitung

Die Geriatrische Klinik ist ein Betrieb des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter. Kompetenzzentrum als Unternehmensgruppe der Ortsbürgergemeinde St. Gallen umfasst drei Institutionen: die Geriatrische Klinik, den Alterswohnsitz Bürgerspital und die Altersresidenz Singenberg. Das Qualitätsmanagement durchzieht alle drei Häuser. Die Arbeitsweise aller Mitarbeitenden ist durch ein hohes Qualitätsbewusstsein geprägt.

Natürlich kostet Qualität, aber fehlende Qualität kostet mehr.

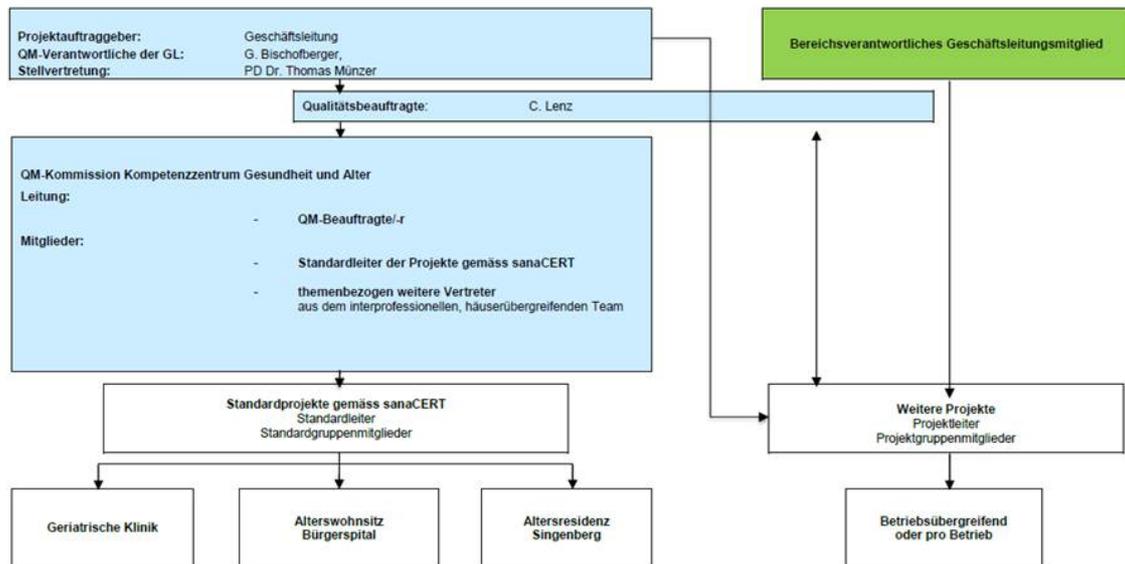
Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger

Das Qualitätsmanagement benötigt Zeit, Aufwand und Energie von vielen verschiedenen Mitarbeitenden. Wir sind jedoch der Überzeugung, dass der betriebene Aufwand und die dadurch erlangte Qualität für Patienten und Bewohner, Mitarbeitende und den gesamten Betrieb von hohem Nutzen ist, und die Anstrengungen im Qualitätsmanagement positive Auswirkungen haben. Mit diesem Qualitätsbericht 2017 stellt das Kompetenzzentrum die Entwicklungen und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen des vergangenen Jahres dar.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **220** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Lenz MSc.
 Qualitätsbeauftragte
 Geriatrische Klinik St. Gallen AG
 071 243 88 99
claudia.lenz@geriatrie-sg.ch

Frau Gabriela Bischofberger
 Qualitätsverantwortliche der Geschäftsleitung
 Geriatrische Klinik St. Gallen AG
 071 243 88 77
gabriela.bischofberger@geriatrie-sg.ch

3 Qualitätsstrategie

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, etc.). 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.

8. Kommunikation und Reporting

Die Mitarbeitenden werden regelmässig über folgende Plattformen über die Arbeit an der Qualität informiert:

- Direkte, zeitnahe und adressatengerechte Information z.B. über Teamsitzungen, Rapporte,...
- Personalzeitung QM-News
- QM-Mitarbeiterinformation QM-Aktuell
- Intranet und Internet

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- Zielerreichungskontrolle 2016
- Formulierung der Ziele 2017
- Aktualisierung des Qualitäts – Dashboards
- Erstellung der Aufwand – Nutzenanalyse im Qualitätsmanagement
- Durchführung der Selbstbewertungen
- Qualitätscontrolling 2016 der GL
- Erstellung vom Qualitätsbericht / Selbstbewertungsbericht
- Durchführung der ANQ Messung Patientenzufriedenheit
- ANQ LPZ Messung

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Die acht sanaCERT Suisse Standards sind unter Berücksichtigung der Integration aller Betriebe und der Interprofessionalität bis zur Re-Zertifizierung bearbeitet.
- Massnahmen aus der Mitarbeiterzufriedenheitsmessung sind evaluiert.
- Massnahmen aus der Patienten- und Bewohnerzufriedenheitsmessung sind abgeleitet und evaluiert.
- ANQ-Messungen sind evaluiert und in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt.
- Es besteht eine Stellungnahme zu Aufwand und Nutzen im Qualitätsmanagement.
- Es besteht ein funktionierendes Massnahmenmanagement.
- Im Qualitätsmanagement sind der Bedarf und die Möglichkeiten von Qualitätsschulungen (Standardthemen) für langjährige Mitarbeitende evaluiert und festgelegt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Die Re-Zertifizierung ist erfolgreich bestanden und ein Zeitplan sowie die Projektdokumentation bis 2020 sind erstellt.
- Über die Re-Organisation des Qualitätsmanagements ist entschieden.
- Die Integration Qualitätsrelevanter Projekte ausserhalb der Zertifizierung nach sanaCERT in die Gesamtstrategie des Qualitätsmanagements ist umgesetzt.
- ANQ-Messungen sind in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt und die Ergebnisse sind evaluiert.
- Der QM Internet- und Intranetauftritt wird fortlaufend aktualisiert und ist auf dem aktuellsten Stand.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

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

Bemerkungen

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Fallzusammenführung bei Wiedereintritt
<i>Infektionen</i>
▪ katheterassoziierte Harnwegsinfekte
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Arbeitssicherheit

Ziel	Aspekte der Arbeitssicherheit überwachen, überprüfen, optimieren, schulen, evaluieren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Brandschutzpläne von der Geriatrie wie auch dem Bürgerspital wurden überarbeitet und angepasst. Die Gefahrenermittlung über das ganze Kompetenzzentrum ist durchgeführt und abgeschlossen worden. Viele Massnahmen konnten schnell und einfach behoben werden. Die Ordner „Sicherheitsdatenblätter“ sind geprüft und überarbeitet worden. Die Datenblätter sowie die Gefahrenstoffliste sind auf dem aktuellen Stand.

Einführung des elektronischen Patientenmanagementsystems

Ziel	Gesamte Papierdokumentation schrittweise durch elektronische Dokumentation ersetzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geriatrische Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 01.06.2015 - andauernd
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Rahmen des kantonalen Projekts Patientenmanagementsystem (PMS) wurde die elektronische Dokumentation in der Geriatrischen Klinik weiter ausgebaut.

Qualitätsmanagement allgemein

Ziel	kontinuierliche Qualitätsoptimierung in allen Betrieben und Bereichen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Methodik	PDCA-Zyklus
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Der PDCA-Zyklus entspricht der Methodik der kontinuierlichen Verbesserung.

Erfassen von Patienturteilen

Ziel	Erfassen der Patienturteile, ableiten und umsetzen von Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufende Bearbeitung
Begründung	Hohe Zufriedenheit der Patienten und Bewohner erreichen / Erfassen der Urteile / Ableitung von Massnahmen
Methodik	Messungen durch Interviews und Fragebogen
Evaluation Aktivität / Projekt	Analyse der Resultate, Massnahmen ableiten, Wirksamkeit der Massnahmen evaluieren.

Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Vermeidung von nosokomialen Infekten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Methodik	Anwendung der kantonalen Guidelines und Standards
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Audits (z.B.: Adhärenz Händedesinfektion) und Controllings (z.B.: Prävention Katheter assoziierte Harnwegsinfektionen) mit entsprechender Massnahmenableitung.

Schmerzbehandlung

Ziel	Effektive Behandlung, die zu einer Behebung oder zumindest Verminderung der Schmerzen führt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	interprofessionell
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Begründung	Ein genaues Erfassen des Symptoms Schmerz ist von grosser Bedeutung für die effektive und konsequente Behandlung.
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS)

Ziel	Ungewollte oder vermeidbare (kritische) Zwischenfälle, die die Patienten oder Bewohner gefährden aber nicht schädigen, können anonym gemeldet werden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Begründung	Durch die Ereignisanalyse und die Systemoptimierung soll eine Verbesserung der Sicherheit und Leistungsqualität für den Patienten, Bewohner und Mitarbeitenden entstehen
Methodik	Das CIRS-Meldeportal ist eine digitale Plattform für freiwillig und anonym gemeldete Zwischenfälle.
Involvierte Berufsgruppen	gesamtes Kompetenzzentrum

Mitarbeitende Menschen - Personalpolitik

Ziel	Die Personalpolitik beschreibt die Haltung des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter im Umgang mit seinen Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Begründung	Die Personalpolitik gibt Antwort, wie wir uns den Herausforderungen der Zukunft stellen wollen.
Methodik	Wir wenden verschiedene Verfahren und Methoden zur Personalentwicklung an.
Involvierte Berufsgruppen	alle Professionen

Ernährung - Mangelernährung

Ziel	Der Ernährungszustand mangelernährter Patienten und Bewohner am Kompetenzzentrum soll korrekt diagnostiziert, verbessert und/oder erhalten werden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Begründung	Mangelernährung im geriatrischen Setting ist ein häufiges und oft unerkanntes Problem.
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell
Evaluation Aktivität / Projekt	Die regelmässige Evaluation von definierten Themenbereichen garantiert die kontinuierliche Weiterentwicklung.

Wünsche- und Beschwerdemanagement

Ziel	Im Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter werden systematisch Beschwerden und Wünsche von Patienten / Bewohnern erhoben. Diese werden entgegengenommen, bearbeitet und zur Qualitätsförderung genutzt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Begründung	Beschwerden und Wünsche von Patienten / Bewohnern werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt.
Methodik	systematische Erfassung, Bearbeitung in definierten Fristen, Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und Controlling der erfolgten Massnahmen.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen

Palliative Betreuung - Handlungsempfehlung Sterbephase

Ziel	Rahmenbedingungen schaffen, die die Palliative Betreuung bis zum Lebensende in einer sicheren Umgebung ermöglichen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Begründung	Gewährleistung der bestmöglichen Lebensqualität der Patienten und Patientinnen und die Achtung der Würde und Integrität.
Methodik	Die Betreuung und Behandlung wird anhand von vorformulierten Zielen (die die Betreuung umfassend und ganzheitlich beschreiben) geplant, organisiert, durchgeführt und überprüft.
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

Sturzmeldungen

Ziel	Stürze und deren Folgen sind nicht unabwendbar, jedoch können Stürze durch das Erkennen und systematische Beseitigen von Risikofaktoren reduziert werden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Kompetenzzentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Begründung	Bei jedem Mensch besteht das Risiko, einen Sturz und daraus resultierende Folgen zu erleiden. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen (über 65 Jahre) oder Menschen mit einem veränderten Gesundheitszustand aufgrund einer Erkrankung oder durch ungewohnte Umgebungsfaktoren.
Methodik	Erfassung von Sturzereignissen im Meldeportal nach anerkannten Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionel
Evaluation Aktivität / Projekt	regelmässige Überprüfung / Fallbesprechungen / Auswertungen und ableiten von Massnahmen.

Bildungsmanagement

Ziel	Kompetenzerwerb in den Bereichen Wissen, Können, Haltung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	interprofessionell
Projekte: Laufzeit (von...bis)	permanent
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Wir gewährleisten die Vermittlung von aktuellem sowie praxisbezogenem Wissen und Können und gewichten dessen Vertiefung und Vernetzung.
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

Massnahmenmanagement

Ziel	Das systematische Massnahmenmanagement gewährleistet das vollständige Durchlaufen des Massnahmenkreislaufes mit Planung, Umsetzung, Überwachung, Steuerung. Ergebnisse der Verbesserungen werden überprüft, vernetzt und Massnahmen werden dokumentiert.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2014 - 2017
Begründung	Der Anspruch ist es, uns durch die entsprechenden Massnahmen ständig zu verbessern und dadurch die Sicherheit und auch die Patienten- / Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit in den 3 Betrieben des Kompetenzzentrums zu erhöhen.
Methodik	Um nachhaltige Verbesserungsmassnahmen entwickeln zu können, braucht es tiefgehende Analysen eingetretener Ereignisse oder Rückmeldungen.
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2006 eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

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

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	krebsliga-sg.ch	2006

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
sanaCERT Suisse Grundstandard Qualitätsmanagement	Gesamtes Unternehmen	2008	2014	-Der Betrieb verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung. - Richtlinien zum Qualitätsmanagement und Qualitätsziele sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.
sanaCERT Suisse Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene	Gesamtes Unternehmen	2008	2014	-Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich. - Weiterbildungen finden regelmässig statt und werden immer evaluiert.
sanaCERT Suisse Standard 5 Schmerzbehandlung	Gesamtes Unternehmen	2008	2014	-Ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind vorhanden.
sanaCERT Suisse Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Gesamtes Unternehmen	2008	2014	Wir leben eine offene Fehlerkultur und lernen aus unseren Fehlern. Hierfür steht uns das Meldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System = Meldesystem für

				kritische Zwischenfälle) zur Verfügung.
SanaCERT Suisse Standard 12 Mitarbeitende Menschen und Spital	Gesamtes Unternehmen	2018	2018	Mitarbeitende sind das wichtigste Kapital unserer Betriebe. Mit der Bearbeitung des Standards 12 tragen wir dem Rechnung.
sanaCERT Suisse Standard 15 Ernährung	Gesamtes Unternehmen	2014	2014	Viele ältere Menschen zeigen Zeichen der Fehl- bzw. Mangelernährung. Essen ist im Alter ein zentrales Thema und trägt bedeutend zur Lebensqualität bei.
sanaCERT Suisse Standard 17 Umgang mit Beschwerden und Wünschen	Gesamtes Unternehmen	2008	2014	-Beschwerden und Wünsche werden innert festgelegten Fristen bearbeitet und beantwortet. -diese werden statistisch erfasst und ausgewertet.
sanaCERT Suisse Standard 25 Palliative Betreuung	Gesamtes Unternehmen	2008	2014	-Ein Entscheidungsprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt. -Der Umgang mit Patientenvollmachten ist geregelt.
Umwelt-Eigenkontrolle Amt für Umwelt und Energie Kanton St. Gallen Baudepartement	Gesamtes Unternehmen	2012	2016	-Verzeichnis gefährlicher Stoffe - Eigenkontrolle zur Umweltkonformität - Massnahmenplanung.
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamtes Unternehmen	2008	2008	-Brandschutzschulung - Erfassen aller Gefahrenstoffe

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

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

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

Begründung

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Geriatrische Klinik St. Gallen AG

Wünsche und Beschwerdestelle

Milica Moravac

Direktionssekretariat

071 243 88 21

milica.moravac@geriatrie-sg.ch

Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter

Rorschacherstrasse 94 9000 St. Gallen, Mo-

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

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

6 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.

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Angehörigenzufriedenheitsbefragung

Im Rahmen der Erhebung der Patientenzufriedenheit bei kognitiv eingeschränkten Patienten wurden die Angehörigen über ihre Zufriedenheit befragt. Um auch bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen die Zufriedenheit detailliert erfassen zu können, wurde bei einem Minimental Status (MMS) unter 20 oder einem unbestimmbaren MMS ein Angehöriger befragt. Der MMS wurde beim Eintritt unter standardisierten Bedingungen ermittelt. Es erfolgte eine schriftliche Befragung mit einem speziellen Angehörigen-Fragebogen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die nächste Angehörigenbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Angehörigenzufriedenheit

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Ziel der Befragung war es, von den Mitarbeitenden zu erfahren, wie sie ihren Arbeitsplatz, das Team und die Bedingungen erleben. Die Ergebnisse helfen uns, Schwachpunkte anzugehen und unsere Stärken im Dienste der Mitarbeitenden und Kunden weiter auszubauen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Neben der umfassenden Patientenorientierung ist uns die gute Zusammenarbeit mit den Zuweisern und Nachbehandlern ein besonderes Anliegen. Zufriedene Einweiser sind die Grundlage für einen langfristigen und stabilen Betrieb und das Feedback hilft uns, unser Angebot noch weiter zu verbessern.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr ----.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Zuweiserzufriedenheitsbefragung

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt

Im Rahmen der korrekten Abrechnung werden Fallzusammenführungen bei Wiedereintritt erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Erfassung erfolgt in der gesamten Klinik.

Im Rahmen der DRG-Pauschalen werden Fallzusammenführungen bei Wiedereintritt unter selber Diagnose erfasst. Die erbrachten Leistungen können in den Fällen nur auf den zweiten Eintritt bezogen und abgerechnet werden.

2018 kam es zu 36 Fallzusammenführungen. Dies entspricht bei 1462 behandelten Patienten einem Prozentsatz von 2,5%.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	MedPlans
---	----------

11 Infektionen

11.1 Eigene Messung

11.1.1 katheterassoziierte Harnwegsinfekte

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

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

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

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

Die Messung hat auf allen Abteilungen der Geriatrischen Klinik und bei allen hospitalisierten Patienten stattgefunden.

Bei Patienten, die während ihrer Hospitalisation gemäss Pflegedokumentation eine Harnableitung mittels Dauerkatheter hatten, wurde die Indikation für diese Massnahme erfasst.

Allfällige antibiotische Therapien für Harnwegsinfekte wurden bei katheterisierten Patienten erfasst.

- Die Anzahl hospitalisierter Patienten an 84/84 Patienten (100%) konnten in die Analyse eingeschlossen werden.
- Bei 11 (13.1%) war eine Harnableitung mittels DK dokumentiert.
- Die Indikation für den Dauerkatheter war bei 6 der 11 Patienten (55%) klar nachvollziehbar (Harnverhalt, nachgewiesene Harnabflussstörung).
- Bei 5 Patienten (45%) war die Indikation nicht ersichtlich.
- Bei 4 Patienten mit Katheter wurde eine antibiotische Behandlung für einen möglichen katheterassoziierten Harnwegsinfekt dokumentiert.
- Von diesen war die Indikation zur antibiotischen Therapie nur bei einem Fall (25%) gemäss infektiologischer Beurteilung klar gegeben.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

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

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

Begründung

Der klinikspezifische Bericht, sowie die nationalen Vergleichsberichte stehen auf der Webseite von ANQ zur Verfügung

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

13 Wundliegen

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	2017	In Prozent
Geriatrische Klinik St. Gallen AG		

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

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

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

Begründung

Der klinikspezifische Bericht, sowie die nationalen Vergleichsberichte stehen auf der Webseite von ANQ zur Verfügung

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen

wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Nationale Prävalenzmessung - freiheitsbeschränkende Massnahmen

Die Freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden im Rahmen der ANQ Prävalenzmessung erhoben.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

Die Messung findet jährlich an einem einzigen Stichtag statt. Die am Stichtag erhobenen Daten werden von der verantwortlichen Person in das Eingabeprogramm LPZ via Internet eingegeben. Einbezogen werden alle an diesem Tag hospitalisierten Patienten, die sich für die Untersuchung / Messung bereit erklären.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Neue Webseite

Die Webseite von Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter ist gestalterisch und technisch veraltet und unübersichtlich und erfordert eine Neugestaltung.

Ziele:

Die definitive Struktur und Gestaltung ist festgelegt und umgesetzt.

Inhalte sind überarbeitet und es besteht ein schneller und unkomplizierter Zugriff auf relevante Informationen. Die Website ist unter Einbezug des neuen Corporate Designs überarbeitet, aktualisiert und inhaltlich wie gestalterisch optimiert.

18.1.2 Wäschereibetrieb

Mit der Umgestaltung der Wäscherei 2012 und der Auslagerung der Flachwäsche, wurde mit dem Abbau von teuren Maschinen und dem Outsourcing von Betriebs- und Personalwäsche begonnen. Es ist ein Wechsel der extern beauftragten Wäscherei vorgesehen. Gleichzeitig wird auch eine Modernisierung unserer eigenen Wäscherei angestrebt.

Ziele:

Eine neue Lösung für die externe Wäscherei ist aufgegleist.

Liefersicherheit auch an Wochenenden und lückenloser Nachschub an frischer Wäsche ist gewährleistet.

Der betriebseigene Maschinenpark ist auf die aktuelle Situation und Menge angepasst und die Arbeitsabläufe sind überarbeitet und optimiert.

18.1.3 Mahlzeitenangebot

Die Kundenzufriedenheit mit der Gastronomie ist wohl in Ordnung, hat aber vor allem strukturelles Verbesserungspotential. Der Aufwand mit der gebotenen Auswahl und den damit verbundenen operativen Anforderungen steht nicht in Relation mit den Resultaten.

Ziele:

Das gastronomische Grundangebot bietet gesunde nährwertreiche, abwechslungsreich, ausgewogene, ansprechende Mahlzeiten, die auch den Faktor Erlebnis beinhalten. Dabei wird die kulturelle Verankerung unserer Kunden berücksichtigt.

Orientierte und auch leicht desorientierte Personen können sich einfach und stressfrei über die Mahlzeiten orientieren und bei Bedarf möglichst unkompliziert einen Änderungswunsch anbringen.

Die Berechtigung zu individualisierten Spezialmahlzeiten ist klar definiert und ärztlich verordnet.

In der Klinik erfüllen die Mahlzeiten bei Diagnose Mangelernährung die erforderlichen Massnahmen der Ernährungsberatung.

der Umgang mit industriellen Nahrungsmittelergänzungen ist klar geregelt.

18.1.4 Provisoriumsbetrieb Cafeteria GK

Während den Bauarbeiten im 7. Stock der Geriatriische Klinik (vom 4. Juli bis November 2018) zieht die Cafeteria ins Erdgeschoss.

Ziele:

Räume sind definiert und stehen rechtzeitig bereit
Das gastronomische Angebot ist definiert und steht bereit für die Umsetzung
Umzug ist organisiert und die Umsetzung minutiöse geplant
Geräte und Maschinen sind für das gewählte Angebot installiert und in Betrieb
Das Provisorium wird allen Hygienevorschriften eines Provisoriums gerecht
Die Kühlketten und die Sicherheit sind gewährleistet
Mitarbeiter sind instruiert und eingearbeitet
Keine markanten baulichen Immissionen wie Staub und übermässiger Lärm
Kundenzufriedenheit ist erhalten

18.1.5 Einführung Modul elektr. Pflegeprozess

Das Modul Pflegeprozess im elektronischen Patientenmanagementsystems (PMS) bildet den pflegerischen Betreuungs- und Behandlungsprozess mit seinen Schritten in elektronischer Form ab.
Mit der Einführung des ePP (Modul Pflegeplanung und Modul Pflegedurchführung) stehen der Pflege in ihrem Arbeitsbereich die entsprechenden Module zur Verfügung, um die Pflege zu planen, sowie deren Durchführung zu dokumentieren und zu evaluieren.

Ziele:

Abbildung des Pflegeprozesses und entsprechende Umsetzung
Redundanzen in der pflegerischen Dokumentation sind reduziert
die Leistungserfassung und Leistungsauswertung ist integriert
Daten aus dem Pflegeprozess sind zur Qualitätsüberprüfung genutzt
Abbildung von abrechnungsrelevanten Informationen

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Veränderung des Bestellrhythmus unter Sanalogic 16

Ziel	Der Essensbestellrhythmus ist von 7 auf 2 Tage reduziert und die Kontinuität im Bestellprozess ist gewährleistet. Administrativ einfache Bestellung über EDV - System
Laufzeit	01.05.2016 – Anfang 2017
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende der Pflege und Küche
Schlussresultate	Die Bestellungen werden neu jeweils am Montag und Donnerstag aufgenommen. Gemeinsam mit der Informatik konnte das Essensbestellprogramm so installiert werden, dass die Erfassung direkt beim Patienten erfolgen kann und diese auch dort direkt ins System eingegeben werden kann. Durch dieses Projekt konnte erreicht werden, dass der Patient die Mahlzeit bekommt, auf die er aktuell am meisten Appetit hat.

18.2.2 Ablösung PEPS durch Polypoint

Ziel	Das Personaleinsatzplanungssystem PEPS ist durch ein neues System ersetzt, welches die Schnittstelle zum Administrativsystem (Abacus) ermöglicht und diverse Auswertungsmöglichkeiten (z.B.: Überwachung der Absenzen,...) ermöglicht. Die Handhabung ist vereinfacht, es dient den Personalverantwortlichen als Hilfsmittel, verschiedene Listen können erstellt werden, Personalstammdaten können aus dem Administrationsprogramm automatisch übernommen werden. Die Zeiterfassung ist mittels Stempeluhr möglich.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen und Bereiche
Laufzeit	01.07.2016 – 30. 06.2017
Schlussresultate	Das Projekt konnte mit einer Verzögerung von 2 Monaten abgeschlossen werden. Es wurden alle Muss-Ziele erreicht. Das PEPS wurde durch Polypoint ersetzt und die Stempelung wurde schrittweise bis Ende Juni 2017 eingeführt. Die manuelle Übertragung der Personalstammdaten im alten System können im neuen System via Schnittstelle von Abacus an Polypoint übermittelt werden, was eine enorme Erleichterung darstellt.

18.2.3 Ablösung Software „Kursadministration“

Ziel	Die bestehenden Tools zur Administration der angebotenen Kurse sind nicht mehr zeitgemäß und beinhalten manuelle Erfassungen, Datenübertragungen, was ein grosser Zeitaufwand bedeutet und eine grosse Fehlerquelle darstellt. Das System ist ersetzt und verfügt über eine Benutzerverwaltung und eine Benutzer Login-Verfahren. Es verfügt über eine Kurserfassung und kann sämtliche Kursarten verwalten. Weitere definierte Anforderungen des Betriebs sind erfüllt.
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionell
Laufzeit	01.03.2017 – 31.10.2017
Schlussresultate	Alle Vorgaben und Anforderungen konnten umgesetzt und realisiert werden. Das Projekt ist erledigt und die Software in die Routine überführt.

18.2.4 Pilot London Protokoll

Ziel	Das London Protokoll hat sich als sinnvolles Instrument erwiesen, um Zwischenfälle systematisch zu analysieren und die Behandlungssicherheit zu optimieren. Es ist eine systematische und zugleich zeiteffiziente Methode zur Analyse von Ereignissen. Es ist ein standardisiertes Verfahren, das alle bedeutungsvollen Aspekte und relevanten Personen in die Analyse einbezieht. Ein Analyseteam Geriatrische Klinik, welches 1 - 3 Fällen nach London Protokoll mit externer Unterstützung analysiert, ist gegründet.
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionell
Laufzeit	April 2017 – Dezember 2017
Schlussresultate	Mit relativ geringem Zeitaufwand konnten systematisch fehlerbegünstigende Faktoren gefunden werden. Durch entsprechende Massnahmen konnten potentiell gefährliche Massnahmen sicherer gestaltet werden und zur Prävention beitragen. Als längerfristiges Ziel soll das London Protokoll als fixes Instrument im klinischen Alltag eingesetzt werden. Der Entscheid darüber ist von der Geschäftsleitung noch ausstehend.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Grundstandard

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

18.3.2 Infektionsprävention und Spitalhygiene

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

18.3.3 Schmerzbehandlung

1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.
2. Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult.
3. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und dafür sensibilisiert. Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet.
4. Die Umsetzung des Schmerzkonzepts sowie die Wirksamkeit und Angemessenheit der Handlungsanweisungen werden periodisch überprüft. Die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen mit der Schmerzbehandlung wird periodisch evaluiert.
5. Die Ergebnisse der periodischen Evaluationen sowie ausgewählte Kennzahlen werden spitalintern regelmässig bekannt gemacht. Falls nötig, werden das Schmerzkonzept sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen angepasst.

18.3.4 Kritische Zwischenfälle

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

18.3.5 Mitarbeitende Menschen

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

18.3.6 Ernährung

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

18.3.7 Wünsche und Beschwerden

1. Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt.
2. Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige werden über die Möglichkeit, Beschwerden und Wünsche anzubringen, informiert.
3. Ein Konzept regelt, wer seitens des Spitals für die Entgegennahme, Abklärung, Beantwortung und Umsetzung von Wünschen und Beschwerden zuständig ist. Das Konzept regelt ferner, wie betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in die Umsetzung von Verbesserungen einbezogen werden.

18.3.8 Palliative Betreuung

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

18.3.9 Arbeitssicherheit H+

Die Umwelt-Eigenkontrolle wurde vom Amt für Umwelt und Energie akzeptiert und als nachvollziehbar und vollständig beurteilt.

Die periodische Kontrolle der Elektroinstallationen wurde durch Elektrosuisse durchgeführt.

Für die Trafoanlage und Niederspannungsverteilung wurde ein Sicherheitskonzept erstellt.

Durch die Gefahrenermittlung 2015 erstellte Massnahmen konnten gemäss geplanten Terminen erledigt werden.

19 Schlusswort und Ausblick

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

Der Nutzen des Qualitätsmanagementsystems ist offenkundig. Die entstehenden Kosten für qualitätsrelevante Prozesse werden erfasst, analysiert und auf einem Minimum gehalten.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Transplantationen
Herztransplantation (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Arthroskopie des Knies
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie

Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie

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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage 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/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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