

# Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

17.05.2021  
Claudia Lenz MSc., Qualitätsbeauftragte

Version 1



Geriatrische Klinik St. Gallen AG

[www.geriatrie-sg.ch](http://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 2020.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2020

Frau  
Claudia Lenz, MSc  
Qualitätsbeauftragte  
0712438899  
[claudia.lenz@geriatrie-sg.ch](mailto:claudia.lenz@geriatrie-sg.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	19
4.5 Registerübersicht .....	20
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	21
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>23</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>24</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	24
5.2 Beschwerdemanagement .....	25
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>26</b>
7.1 Eigene Befragung .....	26
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung .....	26
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>27</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>27</b>
9.1 Eigene Messung .....	27
9.1.1 Fallzusammenführung bei Wiedereintritt .....	27
<b>10 Operationen</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>28</b>
11.1 Eigene Messung .....	28
11.1.1 Adhärenz Händedesinfektion .....	28
11.1.2 Katheterassoziierte Harnwegsinfekte .....	29
<b>12 Stürze</b> .....	<b>30</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	30
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>31</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	31
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
Die Nationale Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16 Zielerreichung und Gesundheitszustand</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>32</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	32
18.1.1	Betriebliches Gesundheitsmanagement Kampagne 2022 .....	32
18.1.2	Gesundheitswoche 2021.....	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 .....	33
18.2.1	Einführung KANBAN in den Stationslagern .....	33
18.2.2	Evaluation NewKIS .....	33
18.2.3	Medikamentenlieferung durch Spitalapotheke KSSG .....	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	35
18.3.1	Grundstandard .....	35
18.3.2	Infektionsprävention und Spitalhygiene .....	35
18.3.3	Kritische Zwischenfälle.....	35
18.3.4	Mitarbeitende Menschen.....	36
18.3.5	Ernährung .....	36
18.3.6	Wünsche und Beschwerden .....	36
18.3.7	Sichere Medikation.....	36
18.3.8	Bewegungseinschränkende Massnahmen .....	37
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>38</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>	<b>39</b>
	Akutsomatik .....	39
	<b>Herausgeber .....</b>	<b>41</b>

# 1 Einleitung

## Qualität für Menschen am Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde St. Gallen

Das Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde St. Gallen umfasst drei Institutionen: die Geriatrische Klinik, den Alterswohnsitz Bürgerspital und die Altersresidenz Singenberg. Es bietet ein umfassendes und schweizweit einzigartiges Angebot an Altersmedizin, Langzeitpflege und betreutem Wohnen. Das Qualitätsmanagement durchzieht alle drei Institutionen. Die Arbeitsweise aller Mitarbeitenden ist durch ein hohes Qualitätsbewusstsein geprägt.

Das Jahr 2020 und die Ausbreitung des Coronavirus, stellte das Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter vor grosse Herausforderungen und zwang uns zu drastischen Massnahmen, wie Besucherstopp und Absagen aller Sitzungen und Schulungen.

Es lag in unserer Verantwortung, Rahmenbedingungen zu gestalten, um die Kontaktreduktion zu gewährleisten und trotzdem die Aufrechterhaltung unserer Abläufe und Prozesse zu ermöglichen. In der Zeit der Pandemie haben wir Möglichkeiten ausgebaut, die ohne physische Anwesenheit stattfinden konnten. Die Vermittlung von Inhalten über Bildungssnacks hat schon vor Corona-Zeiten unser Weiterbildungsangebot für Mitarbeitende bereichert, und hat sich in der aktuellen Zeit des «kontaktlosen Lernens» bewährt. (Einführung von neuen Mitarbeitenden, Informationskampagne Re-Zertifizierung). Zudem wurden digitale Sitzungen abgehalten, um den erforderlichen Austausch kontaktlos zu gewährleisten.

Die Qualitätsarbeit wurde durch die Pandemie herausgefordert, aber wir konnten einerseits auf alt bewährtes bauen z.B. bewährte Schutzmassnahmen aus dem Bereich Infektionsprävention und Spitalhygiene. Andererseits konnten auch weitere Verbesserungen erzielt werden.

- In den neu eingeführten Qualitätsstandards «sichere Medikation» und «bewegungseinschränkende Massnahmen» konnten Grundlagen erarbeitet und vieles bereits umgesetzt werden, was zu mehr Selbstbestimmung und Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten führt.
- Das technologisch veraltete Meldeportal im Intranet wurde 2020 durch ein moderneres Meldecenter ersetzt, was ein rascheres Ausfüllen der Formulare ermöglicht.
- Für Zufriedenheitsbefragungen wurden 2020 Befragungsterminals aufgestellt und zu unterschiedlichen Themen Feedbacks eingeholt. Die Rückmeldungen wurden genutzt, um gute Dinge beizubehalten und Aspekte mit Verbesserungspotential aufzugreifen.
- Das betriebliche Gesundheitsmanagement wurde mit dem Ziel der Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit aller Mitarbeitenden eingeführt. Es zielt sowohl auf die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsprozesse als auch auf gesundheitsbewusstes Verhalten der Mitarbeitenden ab.
- Das Prozessmanagement im Qualitätsmanagement konnte systematisiert werden. Dies betrifft die Gestaltung, Dokumentation, Implementierung, Steuerung und Verbesserung von Prozessen im Qualitätsmanagement.

Mit diesem Qualitätsbericht 2020 stellt das Kompetenzzentrum die Entwicklungen und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen des vergangenen Jahres dar.

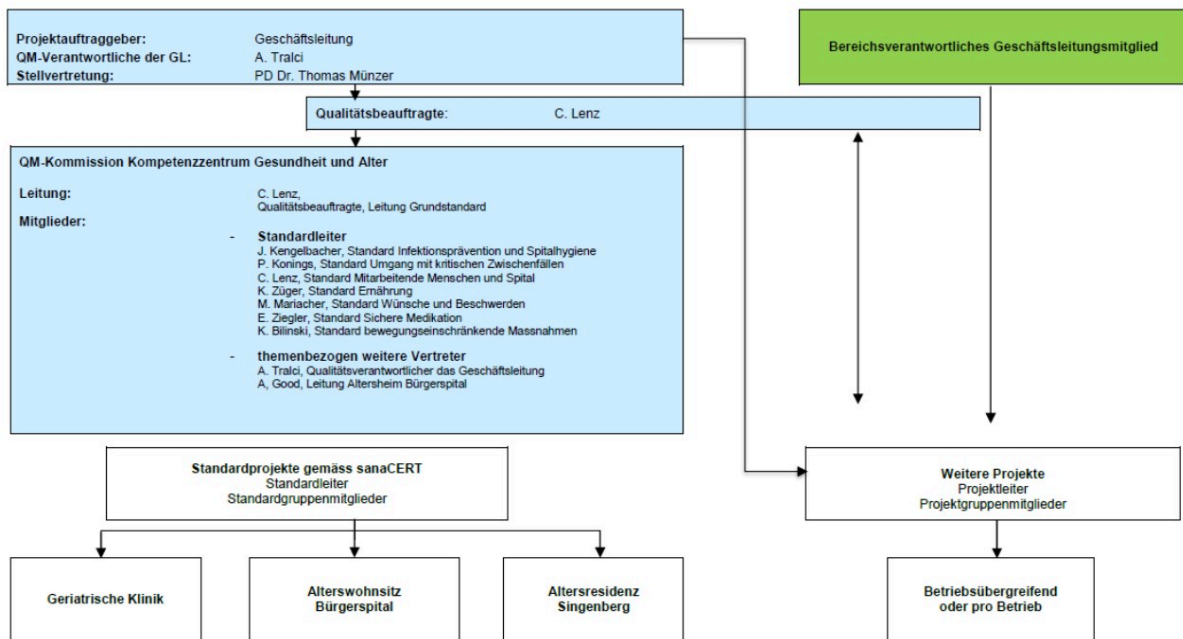
---

Claudia Lenz  
Qualitätsbeauftragte  
Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **280** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Lenz MSc.  
 Qualitätsbeauftragte  
 0712438899  
[claudia.lenz@geriatrie-sg.ch](mailto:claudia.lenz@geriatrie-sg.ch)

Herr Antonio Tralci  
 Qualitätsverantwortlicher der  
 Geschäftsleitung  
 0712438877  
[antonio.tralci@geriatrie-sg.ch](mailto:antonio.tralci@geriatrie-sg.ch)



## 3 Qualitätsstrategie

### Grundsatzerklärung

#### 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 Profession 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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

- Qualitätscontrolling 2019 der GL
- Zielerreichungskontrolle 2019
- Formulierung der Ziele 2020
- Aktualisierung des Qualitäts – Dashboards
- Durchführung der Selbstbewertungen
- Überwachungsaudit nach sanaCERT Suisse im Januar 2020
- Erstellung des Qualitätsberichts

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Das Überwachungsaudit 2020 ist bestanden.
- ANQ-Messungen sind in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt und die Ergebnisse sind evaluiert und in den online Medien entsprechend kommentiert und im Internet auf der Homepage sichtbar gemacht.
- Der QM Internet- und Intranet-Auftritt sind auf dem aktuellsten Stand.
- Die Prozessstruktur und das Dokumenten-Management im Intranet sind aufeinander abgestimmt und die Mitarbeitenden sind darüber informiert. Dieses Ziel wurde gemäss den Anregungen aus dem Überwachungsaudit folgendermassen angepasst: Vorgaben zur Prozesserfassung stehen zur Verfügung und sind an ein paar zentralen Kernprozessen getestet.
- Schulung der Prozesseigner ist systematisiert.
- Die Anzahl jährlich durchgeführter Mitarbeitendengespräche ist erhöht.
- Anzahl bestehender Stellenbeschreibungen ist erhöht.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Das Re-Zertifizierungsaudit ist bestanden.
- ANQ-Messungen sind in der Geriatrischen Klinik erneut durchgeführt und die Ergebnisse sind evaluiert und in den online Medien entsprechend kommentiert und im Internet auf der Homepage sichtbar gemacht.
- Der QM Internet- und Intranet-Auftritt sind auf dem aktuellsten Stand.
- Die Rahmenbedingungen für den verpflichtenden Vertrag zur Qualitätsentwicklung sind abgeklärt und sichergestellt und der Vertrag ist entsprechend unterzeichnet.
- Das erarbeitete Prozessprofil ist an weiteren Prozessen erprobt.
- Patienten Zufriedenheitsbefragungen:
  - Möglichkeiten der permanenten Patientenzufriedenheitsbefragung GK sind geklärt und die Form der Erhebung ist entschieden.
- Die Mitarbeitenden Zufriedenheitsbefragung ist durchgeführt, ausgewertet und entsprechende Massnahmen sind abgeleitet.
- Anzahl der jährlich durchgeführten Mitarbeitendengespräche und bestehender Stellenbeschreibungen ist weiter erhöht.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> <li>Nationale Prävalenzmessung freiheitsbeschränkende Massnahmen</li> <li>Nationale Prävalenzmessung Mangelernährung</li> </ul>

#### 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>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fallzusammenführung bei Wiedereintritt</li></ul>
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adhärenz Händedesinfektion</li><li>▪ Katheterassoziierte Harnwegsinfekte</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Qualitätsmanagement allgemein

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

##### Infektionsprävention und Spitalhygiene

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

## Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS)

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

## Mitarbeitende Menschen - Human Resources

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

## Ernährung - Mangelernährung

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

## Wünsche- und Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Im Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter werden systematisch Beschwerden und Wünsche von Patienten / Bewohnern erhoben. Diese werden entgegengenommen, bearbeitet und zur Qualitätsförderung genutzt.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	alle Berufsgruppen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	laufende Bearbeitung
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Beschwerden und Wünsche von Patienten / Bewohnern werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt.
<b>Methodik</b>	systematische Erfassung, Bearbeitung in definierten Fristen, Ableitung von Verbesserungsmassnahmen und Controlling der erfolgten Massnahmen.

## Sichere Medikation

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



## Bewegungseinschränkende Massnahmen

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

## Sturzprävention

<b>Ziel</b>	Stürze und deren Folgen sind nicht unabwendbar, jedoch können Stürze durch das Erkennen und systematische Beseitigen von Risikofaktoren reduziert werden.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamtes Kompetenzzentrum
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	laufende Bearbeitung
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Methodik</b>	Erfassung von Sturzereignissen im Meldeportal nach anerkannten Vorgaben
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässige Überprüfung / Fallbesprechungen / Auswertungen und ableiten von Massnahmen.

## Arbeitssicherheit

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

## Bildungsmanagement

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

## Erfassen von Patientenurteilen

<b>Ziel</b>	Erfassen der Patientenurteile, ableiten und umsetzen von Verbesserungsmaßnahmen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	alle Berufsgruppen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	laufende Bearbeitung
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Hohe Zufriedenheit der Patienten und Bewohner erreichen / Erfassen der Urteile / Ableitung von Massnahmen
<b>Methodik</b>	Messungen durch Interviews und Fragebogen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Analyse der Resultate, Massnahmen ableiten, Wirksamkeit der Massnahmen evaluieren.

### Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### Medikamentenlieferung durch Spitalapotheke KSSG

<b>Ziel</b>	Im Rahmen einer Neuorganisation der Spitallogistik werden unter anderem die Medikamente der Geriatrischen Klinik im Kantonsspital bezogen..
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Geriatrische Klinik und Campusapotheke Kantonsspital St. Gallen
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Januar 2020 – Juni 2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Seit der Ausrichtung der Geriatrischen Klinik als Akutspital sind immer wieder Engpässe bei der Lieferung in Notfallsituationen, nachts und / oder am Wochenende aufgetreten. Auch in der Routine sind die bestellten Medikamente nicht immer am Lager der «Hausapotheke» und müssen bestellt werden, was zu einer Verzögerung in der Abgabe führt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interprofessionell
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Während der Projektphase fanden mehrere sehr konstruktive Sitzungen zwischen der Kantonsapotheke und der geriatrischen Klinik statt. Im Prozess kam es zu Verzögerungen, aber nun sind die Medikamentenstammdaten definiert, die Bestellung aufgegleist und die Versorgung auch an Wochenenden gewährleistet. Ein Highlight ist sicher die Tatsache, dass wir aufgrund einer speziellen Bewilligung des Kantons ambulante Medikamente der Campus Apotheke des Kantonsspitals St. Gallen einlösen können.

#### Einführung KANBAN in den Stationslagern

<b>Ziel</b>	Einrichtung gleicher Gegebenheiten auf allen Stationen (Stationslager)
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Geriatrische Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Januar 2020 – Juni 2021
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Bisher gab es auf jeder Pflegestation der Geriatrischen Klinik ein kleines Stationslager mit den am Häufigsten benötigten Artikeln. Die Bestellung der benötigten Artikel erfolgte durch Pflegefachkräfte. Zur Entlastung des Pflegepersonals soll dieser Prozess automatisiert werden.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interprofessionell
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die in der Projektvereinbarung definierten Schritte 1 bis 4 wurden wie geplant umgesetzt. Schritt 5 (Allfällige Optimierungen vornehmen) wurde nur teilweise erreicht. Zwar wurden einige Optimierungen nach dem Go-Live vorgenommen, ein Teil der offenen Punkte wurden dem neuen Leiter Logistik (Eintritt Juni 2020) übergeben. Welcher das KANBAN Sortiment unterdessen ausgebaut hat.

## Evaluation NewKIS

<b>Ziel</b>	• Der Produkteentscheid ist gefällt und der neue KIS-Integrationspartner ist festgelegt
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Geriatrische Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Januar 2020 – Dezember 2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Das heute über alle Spitalregionen eingesetzte Klinikinformationssystem (KIS) Medfolio stösst aufgrund der veralteten Architektur an seine Grenzen. Dies wirkt sich auf die Performance und die Möglichkeiten der Weiterentwicklungen aus. Die stark zunehmende Digitalisierung und ein zukunftssträchtiger Aufbau eines durchgängigen Patientenmanagementsystems erfordern eine Ablösung und Neuausschreibung des heute eingesetzten KIS (Medfolio). Es erfolgt die Ausschreibung, für ein neues KIS.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interprofessionell
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	In den diversen themenbezogenen Workshops, wurden verbundübergreifende und standardisierte Prozesse sowie Gestaltung und Beschreibung der notwendigen Funktionalitäten erarbeitet. Fachlichen Ausschreibungsunterlagen sowie Bewertungsunterlagen wurden erstellt. Die Organisation von Konsolidierungsworkshops und die Bewertung der eingegangenen Angebote gemäss Lastenhefte und die Bewertung der eingegangenen Angebote fand statt.

### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2006 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### Bemerkungen

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

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	<a href="https://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.ch/</a>

## 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	2018	-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	2018	-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	2018	-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	2018	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	2018	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	2018	-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	2018	-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	2018	-Verzeichnis gefährlicher Stoffe -Eigenkontrolle zur Umweltkonformität -Massnahmenplanung.
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamtes Unternehmen	2008	2019	-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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

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

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Patientenzufriedenheit ist ein Faktor zur Beurteilung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen.

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

Jährlich beurteilen Patientinnen und Patienten während eines Monats, wie zufrieden sie mit ihrem Aufenthalt im Akutspital waren. 2019 nahmen 39 Patienten und Patientinnen der geriatrischen Klinik an dieser Zufriedenheitsbefragung teil.

#### Angaben zur Messung

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

#### Bemerkungen

2020 fand keine Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik statt.

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Geriatrische Klinik St. Gallen AG**

Wünsche und Beschwerdestelle

Handloser Priska

Direktionssekretariat

071 243 88 21

[priska.handloser@geriatrie-sg.ch](mailto:priska.handloser@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.

## 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 2021 durchgeführt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

## 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 2020 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.

2020 kam es zu 46 Fallzusammenführungen. Dies entspricht bei 1531 behandelten Patienten einem Prozentsatz von 3%.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	MedPlans

## 11 Infektionen

### 11.1 Eigene Messung

#### 11.1.1 Adhärenz Händedesinfektion

Ziele der Spitalhygiene sind die Verhinderung nosokomialer Infektionen und die Reduktion von Übertragungen krankmachender und/oder multiresistenter Keime. Um diese Ziele zu erreichen, erfolgt eine permanente Schulung und Überprüfung der wichtigsten Massnahmen, insbesondere der korrekten Händedesinfektion. Eine Überprüfung der Adhärenz der Händedesinfektion fand im Jahr 2020 statt.

Diese Messung haben wir vom Mai bis Juni durchgeführt.

Gesamtes Kompetenzzentrum

Alle Betriebe und Bereiche des Kompetenzzentrums mit Patientenkontakt wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Beobachtet wurden die 5 Indikationen der Händedesinfektion gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Bei 729 Beobachtungen fand sich eine Gesamtadhärenz von 91% . Die Erfassung wird mit dem Erfassungstool CleanHands von Swissnoso durchgeführt. Mit der Nutzung des Erfassungstools können die Beobachtungen direkt elektronisch erfasst werden. Zudem erlaubt das Tool ein unmittelbares Feedback an das beobachtete Personal, was eine praxisnahe Schulung und Instruktion erlaubt.

#### Angaben zur Messung

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

### 11.1.2 Katheterassoziierte Harnwegsinfekte

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

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

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

Allfällige antibiotische Therapien für Harnwegsinfekte wurden bei katheterisierten Patienten erfasst.

- Die Anzahl hospitalisierter Patienten an 67/67 Patienten (100%) konnten in die Analyse eingeschlossen werden.
- Bei 12 (17.9%) war eine Harnableitung mittels DK dokumentiert.
- Die Indikation für den Dauerkatheter war bei 9 der 12 Patienten (75%) klar nachvollziehbar (Harnverhalt, nachgewiesene Harnabflussstörung).
- Bei 3 Patient (25%) war die Indikation nicht ersichtlich.
- Bei 1 Patienten mit Katheter wurde eine antibiotische Behandlung für einen möglichen katheterassoziierten Harnwegsinfekt dokumentiert.
- Bei diesem war die Indikation zur antibiotischen Therapie gegeben , also zu 100% 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.

**Wichtiger Hinweis \*\*\*:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden.

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

## 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 Scherkräften.

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

**Wichtiger Hinweis \*\*\*:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden.

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement Kampagne 2022

##### **Ausgangslage**

Nach der Einführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) 2020 und dem 2021 erfolgreich gestarteten Themenschwerpunkt ERNÄHRUNG, planen wir bereits den Themenschwerpunkt 2022 – BEWEGUNG.

Das Ziel des BGMS ist es, längerfristige nachhaltige Angebote mit jährlichen Gesundheitsschwerpunkte zu lancieren.

##### **Ziele**

- Inputs zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung zu gesundheitsbewusstem Verhalten – Schwerpunkt BEWEGUNG.
- Verbreitung der Ideen aus dem Gesundheitsmanagement und dadurch Sensibilisierung der Mitarbeitenden für gesundheitsrelevante Themen.

#### 18.1.2 Gesundheitswoche 2021

##### **Ausgangslage**

Nach der erfolgreichen Durchführung der Gesundheitswoche 2019 wurde die erneute Durchführung der Gesundheitswoche 2020 geplant und bewilligt, jedoch Corona bedingt abgesagt. Nun geht es um die konkrete Planung der Gesundheitswoche 2021 und die Beantragung der erforderlichen Ressourcen im Rahmen der Gesundheitswoche.

Die Gesundheitswoche dient jeweils der Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Geplante Themenbereiche:

- Ernährung (Wie ernähre ich mich gesund – Ernährungsberatung)
- Ergonomie (Ergonomie am Arbeitsplatz – Ergotherapie)
- Bewegung (Clever Lasten Tragen – Physiotherapie)
- Infostand Betriebliches Gesundheitsmanagement (Vorbereitung des Themenschwerpunkts 2022 – betriebliche gesundheitsfördernde Bewegungsangebote.

##### **Ziele**

- Verbreitung der Ideen aus dem Gesundheitsmanagement und dadurch Sensibilisierung der Mitarbeitenden für gesundheitsrelevante Themen
- Möglichkeit schaffen, sich im Rahmen der Gesundheitsförderung einzubringen.
- Inputs zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung zu gesundheitsbewusstem Verhalten.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

### 18.2.1 Einführung KANBAN in den Stationslagern

#### Ausgangslage

Bisher gab es auf jeder Pflegestation der Geriatrischen Klinik ein kleines Stationslager mit den am häufigsten benötigten Artikeln. Die Bestellung der benötigten Artikel erfolgte durch Pflegefachkräfte. Zur Entlastung des Pflegepersonals soll dieser Prozess automatisiert werden. Das heisst, Artikel die laufend benötigt werden, sollen durch einen Versorgungsassistenten aufgefüllt werden. Nachschubbestellungen werden automatisch ausgelöst.

#### Ziele

- Einrichtung gleicher Gegebenheiten auf allen Stationen (Stationslager)
- Definition des Sortiments für Stationslager
- Personelle Aufstellung der Logistikabteilung / Zentrallager
- Umsetzung mit Nutzung der bestehenden Lösung im SAP
- Definition des Vorgehens bei neuen Artikeln

#### Schlussresultate

Die in der Projektvereinbarung definierten Schritte 1 bis 4 wurden wie geplant umgesetzt. Schritt 5 (Allfällige Optimierungen vornehmen) wurde nur teilweise erreicht. Zwar wurden einige Optimierungen nach dem Go-Live vorgenommen, ein Teil der offenen Punkte wurden dem neuen Leiter Logistik (Eintritt Juni 2020) übergeben. Welcher das KANBAN Sortiment unterdessen ausgebaut hat.

### 18.2.2 Evaluation NewKIS

#### Ausgangslage

Das heute über alle Spitalregionen eingesetzte Klinikinformationssystem (KIS) Medfolio stösst aufgrund der veralteten Architektur an seine Grenzen. Dies wirkt sich auf die Performance und die Möglichkeiten der Weiterentwicklungen aus. Die stark zunehmende Digitalisierung und ein zukunftssträchtiger Aufbau eines durchgängigen Patientenmanagementsystems erfordern eine Ablösung und Neuausschreibung des heute eingesetzten KIS (Medfolio). Es erfolgt die Ausschreibung, für ein neues KIS.

#### Ziele

- Prozesse und Funktionalitäten sind beschrieben, Ausschreibungsunterlagen sind erstellt
- Der Produkteentscheid ist gefällt und der neue KIS-Integrationspartner ist festgelegt

#### Schlussresultate

In den diversen themenbezogenen Workshops, wurden verbundübergreifende und standardisierte Prozesse sowie Gestaltung und Beschreibung der notwendigen Funktionalitäten erarbeitet. Fachlichen Ausschreibungsunterlagen sowie Bewertungsunterlagen wurden erstellt. Die Organisation von Konsolidierungswshops und die Bewertung der eingegangenen Angebote gemäss Lastenhefte und die Bewertung der eingegangenen Angebote fanden statt.

#### Nächste Schritte

- Anbieterpräsentationen April 2021
- Bewertung finalisieren
- Referenzauskunft einholen
- Entscheidungsprozess vorbereiten
- Festlegen der Projektgruppenmitglieder der Spitalregionen 1-4 und GK
- Initialisierungsprojekt
- Definition und Verschriftlichung der Prozesse

### 18.2.3 Medikamentenlieferung durch Spitalapotheke KSSG

#### **Ausgangslage**

Seit der Ausrichtung der Geriatrischen Klinik als Akutspital sind immer wieder Engpässe bei der Lieferung in Notfallsituationen, nachts und / oder am Wochenende aufgetreten. Auch in der Routine sind die bestellten Medikamente nicht immer am Lager der «Hausapotheke» und müssen bestellt werden, was zu einer Verzögerung in der Abgabe führt. Durch unterschiedliche Medikamentenstämme zwischen der Geriatrischen Klinik und dem Hauptzuweiser Kantonsspital ist der Verordnungsprozess kompliziert und störungsanfällig. Darum hat die Klinikleitung der Geriatrischen Klinik beschlossen, im Rahmen einer Neuorganisation der Spitallogistik unter anderem die Medikamente der Geriatrischen Klinik im Kantonsspital zu beziehen.

#### **Ziele**

- Es ist ein «gemeinsamer» Medikamentenstamm definiert
- Die Bestellung und Lieferung von Medikamenten aus dem KSSG ist vertraglich geregelt
- Ein 24/7 Dienst gewährleistet die Medikamentenlieferungen in die GK, es muss nichts mehr im KSSG «ausgeliehen» werden
- Die Bestellvorgänge sind geregelt und geschult
- Der neue Stamm ist im PMS hinterlegt

#### **Schlussresultate**

Während der Projektphase fanden mehrere sehr konstruktive Sitzungen zwischen der Kantonsapotheke und der geriatrischen Klinik statt. Im Prozess kam es zu Verzögerungen, aber nun sind die Medikamentenstammdaten definiert, die Bestellung aufgegleist und die Versorgung auch an Wochenenden gewährleistet. Ein Highlight ist sicher die Tatsache, dass wir aufgrund einer speziellen Bewilligung des Kantons ambulante Medikamente der Campus Apotheke des Kantonsspitals St. Gallen einlösen können.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Grundstandard

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

### 18.3.2 Infektionsprävention und Spitalhygiene

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

### 18.3.3 Kritische Zwischenfälle

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

### 18.3.4 Mitarbeitende Menschen

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

### 18.3.5 Ernährung

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

### 18.3.6 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.

### 18.3.7 Sichere Medikation

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



### 18.3.8 Bewegungseinschränkende Massnahmen

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

## **19 Schlusswort und Ausblick**

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

Der Internetauftritt des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter gibt Interessierten weitere vielfältige Informationen [www.gesundheitundalter.ch](http://www.gesundheitundalter.ch).

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

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

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



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

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



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

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).