

# Qualitätsbericht 2022

Geriatrische Klinik St.Gallen  
und Wohnen am Singenberg

**«Natürlich kostet Qualität, aber fehlende Qualität kostet mehr.»**

Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>VORWORT</b> .....	<b>3</b>
<b>QUALITÄTSPOLITIK</b> .....	<b>4</b>
Grundsatzerklärung .....	4
Priorisierte Qualitätsziele .....	5
Externe Messungen .....	6
2022 durchgeführte amtliche Kontrollen und Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen ...	6
<b>Zertifizierung nach SANACERT Suisse</b> .....	<b>7</b>
Bewertungen im Überblick .....	7
Gültigkeit der Standards .....	8
Standards in Routine .....	8
<b>BERICHTE AUS DEN STANDARDS</b> .....	<b>9</b>
Grundstandard - Qualitätsmanagement .....	9
Standard 1 - Infektionsprävention und Spitalhygiene .....	10
Standard 11 - Umgang mit kritischen Zwischenfällen .....	11
Standard 12 - Mitarbeitende Menschen und Human Resources .....	12
Standard 15 - Ernährung .....	13
Standard 17 - Beschwerden und Wünsche .....	15
Standard 26 - Sichere Medikation .....	16
Standard 30 - Bewegungseinschränkende Massnahmen .....	17
<b>WEITERE QUALITÄTSPROJEKTE</b> .....	<b>18</b>
Permanente Qualitätsthemen .....	18
2022 abgeschlossene Qualitätsprojekte .....	19
Aktuelle Qualitätsprojekte .....	21
<b>AUSBLICK</b> .....	<b>21</b>

# VORWORT

---

In das Qualitätsmanagement der Geriatrischen Klinik St.Gallen und in den Heimen Wohnen am Singenberg wurden namhafte Ressourcen in den Aufbau sowie die Fortführung eines soliden Qualitätsmanagementsystems gesteckt.

Die Arbeitsweise aller Mitarbeitenden ist geprägt durch ein hohes Qualitätsbewusstsein. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist das Fundament für eine gute Qualität. Um dies unseren Patientinnen und Patienten sowie unseren Bewohnenden in fachlicher und menschlicher Hinsicht gewährleisten zu können, arbeiten wir im Alltag mit standardisierten Abläufen. Auf diese Weise wird die Qualität der Leistungserbringung systematisch ausgewiesen, messbar gemacht und im ständigen Qualitätskreislauf verbessert. Von unseren Mitarbeitenden wird jeden Tag aufs Neue die bestmögliche Dienstleistung für alle Beteiligten erbracht.

Mit diesem Qualitätsbericht 2022 stellen die Geriatrische Klinik St.Gallen und die Heime Wohnen am Singenberg die Entwicklungen und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen des vergangenen Jahres dar.

## **Kontaktperson Qualitätsbericht 2022:**

Geriatrische Klinik St.Gallen AG  
Frau Claudia Lenz  
Fachverantwortliche Qualitätsmanagement und Entwicklung  
Rorschacher Strasse 94  
9000 St.Gallen

# QUALITÄTSPOLITIK

---

## Grundsatzerklärung

Die Geriatrische Klinik St.Gallen und die Heime Wohnen am Singenberg haben gemeinsam folgende 10 Grundsätze erlassen, welche die Qualitätsarbeit prägen.

### 1. Qualität für Menschen

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.

### 2. Interprofessionalität

Alle Professionen sind an der Qualitätsarbeit beteiligt, alle Qualitätsprojekte werden interprofessionell erarbeitet und umgesetzt. 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.

### 3. Befähigung

Die Professionalität unserer Mitarbeitenden ist für den Leistungsausweis unserer Institution und der Qualität unserer Arbeit entscheidend. Wir fördern und unterstützen unsere Mitarbeitenden in ihrer beruflichen Entwicklung zielgerichtet und stufengerecht. Wir setzen dabei unterschiedliche Lernformen ein (Einführungstag für neue Mitarbeitende, E-Learning, Mitarbeit in Projekten, Lernwerkstatt, interne und externe Fortbildungen usw.).

### 4. 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 Patientinnen, Patienten und Bewohnenden wie auch für die Mitarbeitenden und die Organisation. Die ergriffenen Massnahmen zur Qualitätssteigerung und -sicherung basieren auf den Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

### 5. 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.

### 6. Visionen

Wir arbeiten an einer innovativen und zukunftsgerichteten Entwicklung. Das Qualitätsmanagement ist für uns ein wichtiger Faktor für den langfristigen Unternehmenserfolg und die Attraktivitätssteigerung unserer Betriebe.

### 7. Projektmanagement

Neben den acht Standards von sanaCERT Suisse werden zahlreiche weitere Projekte bearbeitet. Im Projektmanagement arbeiten wir mit der Erfassung von Ist- und Sollzustand. Die Voraussetzung für unsere ständige Qualitätssicherung und -verbesserung ist dadurch geschaffen.

### 8. Zielorientierung

Abgeleitet von den strategischen Zielen der Unternehmen werden die Prioritäten gesetzt und die Ziele der Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch festgelegt. Unsere Projekte durchlaufen den Zyklus der regelmässigen Zielorientierung, Evaluierung und Optimierung.

## 9. Mitwirkung und Mitbestimmung

Die Mitwirkung und Mitbestimmung wird vor allem bei Projekten in Form von Nutzersitzungen, Projektvereinbarungen, Arbeitsgruppen gepflegt und gefördert. Ausserdem können konstruktive und innovative Vorschläge und Ideen der Mitarbeitenden direkt bei den Vorgesetzten und im Feedbackformular vorgebracht werden. Die Resultate der regelmässig durchgeführten Mitarbeitendenbefragungen werden evaluiert und kommuniziert. Daraus abgeleitete Massnahmen werden kommuniziert.

## 10. Kommunikation und Reporting

Mitarbeitende werden regelmässig, zeitnah und stufengerecht informiert. Um alle Mitarbeitenden zu erreichen, werden unterschiedliche Gefässe, Kanäle, Medien genutzt. Ausserdem pflegen die Mitglieder der Geschäftsleitungen das Angebot der offenen Tür oder Sprechstunde für alle Mitarbeitenden.

Die Nähe zu den Mitarbeitenden und Themenquellen sowie die kurzen Dienstwege sind uns sehr wichtig.

## Priorisierte Qualitätsziele

Die Geschäftsleitungen priorisieren Qualitätszahlen zu folgenden Themen: Dekubitus, kritische Zwischenfälle (CIRS), Wünsche und Beschwerden und Sturz. Diese unterstützen im regelmässigen Controlling und Monitoring (1/2 jährlich) die betrieblichen Kennzahlen.

## Nutzen – Aufwandanalyse

### Nutzen des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement benötigt Zeit, Aufwand und Energie von vielen verschiedenen Mitarbeitenden. Wenige sind speziell für das Qualitätsmanagement angestellt, die meisten machen diese Arbeit „zusätzlich“ oder „nebenher“.

Wir sind der Überzeugung, dass der betriebene Aufwand und die dadurch erlangte Qualität für Bewohnende, Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende und den gesamten Betrieb von hohem Nutzen ist, und die Anstrengungen im Qualitätsmanagement positive Auswirkungen auf folgende Aspekte haben:

- Minimierung von Risiken
- Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Systematisierung von Prozessen
- Effizienzsteigerung
- Höhere Wertschöpfung
- Stärkung der Marktposition und der Wettbewerbsfähigkeit
- Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen

### Kosten des Qualitätsmanagements

- Kosten die entstehen, um die Fähigkeit zur Erbringung fehlerfreier Dienstleistungen zu schaffen und zu erhalten.
- Kosten, die durch Fehler vermeidende und vorbeugende Massnahmen verursacht werden (Kosten für Qualitätsschulungen, für die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems etc.).
- Personalkosten die im Rahmen der Qualitätsarbeit anfallen
  - Leitung Qualitätsmanagement und Entwicklung 60%
  - Standardleiter 10% (x7)
  - Standardgruppenmitglieder bis zu 3% (x40)Für das Qualitätsmanagement stehen somit aktuell insgesamt 250 Stellenprozente zur Verfügung.
- Sachkosten die bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen anfallen
- Kosten die immer dann entstehen, wenn bereits Fehler aufgetreten sind  
z.B.: Kosten für die Fehlerursachenanalyse etc.

## Externe Messungen

### **Mitarbeiterzufriedenheit** (letzte Messung 2021)

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

### **Bewohnerzufriedenheit** (Messung 2020)

Die Messung der Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Bewohnenden die Institution empfinden.

### **Patientenzufriedenheit** (ANQ nationale Patientenbefragung, letzte Messung 2021, nächste Messung 2023)

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten das Spital und den Aufenthalt empfunden haben.

### **ANQ – Prävalenzmessungen** (letzte Messung 2022)

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ hat den Zweck, Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene zu koordinieren und umzusetzen. Folgende Messthemen werden in der Geriatrischen Klinik durchgeführt:

- Prävalenzmessung Sturz
- Prävalenzmessung Dekubitus
- Prävalenzmessung freiheitsbeschränkende Massnahmen
- Prävalenzmessung Mangelernährung

## 2022 durchgeführte amtliche Kontrollen und Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen

- Kontrolle der elektrischen Installationen in medizinisch genutzten Räumen
- Radiologie / Strahlenschutz
- Prüfung der Einhaltung der Datenschutzrichtlinien
- Materio - Vigilance: Meldepflicht von schwerwiegenden Vorkommnissen mit Medizinprodukten
- Pharmaco - Vigilance: Meldepflicht von unerwünschten Wirkungen von Medikamenten
- Haemo - Vigilance: Meldepflicht zu unerwünschten Reaktionen bei der Transfusion von labilen Blutprodukten
- Durchführen einer Gefahrenermittlung
- Kantonale Bäderverordnung – Schwimmbadkontrolle
- Kontrolle der technischen Geräte (z.B. Absauggerät, Blutzuckermessgerät, Waagen etc.)
- AHV Kontrolle
- Amt für Verbraucherschutz und Veterinärwesen - Inspektion Küche

Die amtlich durchgeführten Kontrollen bestätigen die Erfüllung und Einhaltung der gesetzlichen Verpflichtungen.

# ZERTIFIZIERUNG NACH SANACERT SUISSE

Seit 2006 erfolgt unsere Qualitätsarbeit und Überprüfung unter anderem in Zusammenarbeit mit dem externen Zertifizierungsinstitut sanaCERT Suisse. Folgende Audits wurden erfolgreich durchgeführt:

Vor-Audit: 26./27. April 2006  
 Erst-Zertifizierung: 29./30. Oktober 2008  
 Überwachungs-Audit: 13. Januar 2010  
 Re-Zertifizierung: 18./19. Oktober 2011  
 Überwachungs-Audit: 12. September 2012  
 Überwachungs-Audit: 18. September 2013  
 Re-Zertifizierung: 03./04. Oktober 2014  
 Überwachungsaudit: 15. September 2015  
 Überwachungsaudit: 08. September 2016  
 Re-Zertifizierung: 30./31. Januar 2018  
 Überwachungsaudit: 29. Januar 2019  
 Überwachungsaudit: 21. Januar 2020  
 Re-Zertifizierung: 09./10. Juni 2021  
 Überwachungsaudit: 29. März 2022

## Bewertungen im Überblick

Nr.	Standard	Standardleitung Themen- verantwortung	Vor-Audit 2006	Erst-Zerti- fizierung 2008	Re-Zertifi- zierung 2011	Re-Zertifi- zierung 2014	Re-Zertifi- zierung 2018	Re-Zertifi- zierung 2021	Re-Zertifi- zierung 2023
0	Grundstandard	C. Lenz	C	D	D	D	D	C	
1	Infektionsprävention und Spitalhygiene	J. Kengelbacher	B	C	D	D	D	D	
2	Erhebung von Patientenurteilen	C. Lenz	D	D	D	D	Routine	Routine	Routine
5	Schmerzbehandlung	vakant	A	D	D	C	D	Routine	Routine
9	Entwicklung der Pflegequalität	E. Ziegler	C	D	D	Routine	Routine	Routine	Routine
11	Umgang mit kritischen Zwischenfällen	P. Konings	C	D	D	D	D	D	
12	Mitarbeitende Menschen und HR	C. Lenz	-	-	-	-	C	C	
15	Ernährung	R. Inauen	-	-	-	B	D	D	
17	Umgang mit Beschwerden und Wünschen	M. Mariacher	-	C	D	D	D	D	Routine
25	Palliative Betreuung	C. Lenz ad. Interim	C	D	D	C	D	Routine	
26	Sichere Medikation	E. Ziegler	-	-	-	-	-	C	
30	Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen	K. Bilinski	-	-	-	-	-	D	

- = noch nicht zertifiziert / A = minimal erfüllt / B = mässig erfüllt / C = in substantiellem Ausmass erfüllt / D= umfänglich erfüllt

## **Gültigkeit der Standards**

Alle 8 Standards gelten für sämtliche Abteilungen und Bereiche der geriatrischen Klinik St. Gallen und der Heime Wohnen am Singenberg. Die Kernbereiche und Kernprozesse der Unternehmen sind ins Qualitätsmanagementsystem einbezogen und die bearbeiteten Standards unterstützen den jeweiligen Leistungsauftrag.

Die Standardauswahl richtete sich vor allem nach folgenden Gesichtspunkten:

- Die Standards spiegeln unser Kerngeschäft wieder.
- Die Aspekte der Interprofessionalität und der betriebsübergreifende Ansatz werden berücksichtigt und umgesetzt.
- Ressourcen werden gezielt und sparsam verwendet.
- Der Nutzen des Qualitätsmanagements ist praxisorientiert
- Neben den bewohnenden-, patientinnen- und patientenbezogenen Prozessen werden auch personalbezogene Prozesse berücksichtigt.

## **Standards in Routine**

Sind die wichtigen Themen eines Qualitätsstandards in der Praxis umgesetzt und gut durchdrungen, kann dieser durch die Geschäftsleitung in den Routinebetrieb überführt werden. Die Qualitätskommission hat Antragsrecht. Auf Antrag der Qualitätskommission ist es grundsätzlich auch möglich, einen Routinestandard wieder in den Zertifizierungsprozess zurückzunehmen. Neue Standards werden von der Geschäftsleitung festgelegt.

Für 2023 wird der Standard Umgang mit Wünschen und Beschwerden in die Routine überführt, und der Standard Palliative Betreuung wieder ins Zertifizierungsset aufgenommen. Der Standard Palliation wurde nach der Re-Zertifizierung 2018 in den Routinebetrieb überführt. In den letzten 3 Jahren zeigte sich, dass dieses Thema permanent Beachtung braucht, damit die palliative Behandlung, Pflege und Begleitung von Bewohnenden, Patientinnen und Patienten und ggf. auch deren Angehörigen gut und interprofessionell abgestimmt funktionieren kann. Aus diesem Grund wird der Standard wieder neu in das Zertifizierungsverfahren aufgenommen.

# BERICHTE AUS DEN STANDARDS

## Grundstandard - Qualitätsmanagement

Die Unternehmensgruppe nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahr. Die Geschäftsleitung definiert die Qualitätspolitik, setzt Ziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die laufenden Arbeiten an der Qualitätssicherung und -entwicklung. 2021 haben wir das Re-Zertifizierungsaudit und 2022 das Überwachungsaudit nach Sana-CERT Suisse erfolgreich bestanden. Das Zertifikat hat Gültigkeit bis zum 20. November 2023.

Eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung und die Prioritäten für die Qualitätsentwicklung liegen vor. Darin sind auch die priorisierten Qualitätsziele der Unternehmensgruppe beschrieben. Die vom obersten Entscheidungsgremium priorisierten Themen (Sturz, Dekubitus, CIRS und Wünsche und Beschwerden) werden halbjährlich zum Controlling vorgelegt.

Der Stand der Zielerreichung wird periodisch überprüft. Die Zielerreichung der jährlich schriftlich festgelegten Jahresziele wird durch die Qualitätskommission evaluiert und die Geschäftsleitungen der beiden Unternehmen als oberste Entscheid Instanzen monitorisiert. Der interne Zielerreichungsprozess findet regelmässig und strukturiert statt und durchläuft somit den vollständigen Qualitätszyklus. Anhand von Kennzahlen wird die Zielerreichung gemessen und im Quality Dashboard dargestellt.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
Das Überwachungsaudit 2022 ist bestanden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Auflage und die Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit sind bearbeitet.</li> <li>Verantwortliche Personen sind auf dem neusten Wissensstand und vertreten ihre Standards nach innen und aussen mit Überzeugung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erfolgreich durchgeführte Überwachung</li> </ul>	erfüllt
Interne Audits sind vermehrt durchgeführt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung der Standardleiter zum Thema «interne Audits».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl durchgeführter interner Audits</li> </ul>	erfüllt
Die Unternehmensstrategie der Ortsbürgergemeinde St.Gallen ist transparent und bildet die Grundlage für die Qualitätsstrategie und weitere Qualitätsarbeit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das neue Führungsgremium des Kompetenzzentrums bezieht Position zur Stossrichtung der Unternehmensgruppe und zu den Kommunikations- und Entscheidungsplattformen für das Qualitätsmanagement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visionen und Strategien der Ortsbürger liegen vor.</li> <li>Für das Qualitätsmanagement ist geklärt, wie sich die oberste Entscheidungsinstanz der Unternehmen zum Qualitätsmanagement positioniert und wie die Kommunikation- und Vernehmlassungsprozesse ablaufen sollen.</li> </ul>	erfüllt
Massnahmen aus den Patienten / Bewohnenden Zufriedenheitsbefragungen sind umgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massnahmen sind erfolgreich umgesetzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation der umgesetzten Massnahmen</li> </ul>	erfüllt
Ergebnisse und Massnahmen aus der Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung sind kommuniziert und umgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ergebnisse werden stufengerecht kommuniziert GL / VR / Kader / Mitarbeitende.</li> <li>Massnahmenpotentiale werden definiert, priorisiert und umgesetzt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durchgeführte Informationsanlässe</li> <li>Definierte Verbesserungsmassnahmen</li> </ul>	erfüllt
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation der Ergebnisse</li> <li>Vergleich mit den Resultaten des Vorjahrs</li> <li>ggf. Massnahmen ableiten</li> <li>im Internet entsprechend kommentieren</li> <li>Internet Homepage aktualisieren</li> <li>Erneute Durchführung der ANQ Messungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ANQ Messungen sind erfolgreich geplant und durchgeführt.</li> <li>Die Ergebnisse sind entsprechend kommuniziert, kommentiert und publiziert</li> <li>Sind Massnahmen erforderlich, sind diese getroffen.</li> </ul>	erfüllt
Der QM Internet- und Intranet-Auftritt sind auf dem aktuellsten Stand.	<ul style="list-style-type: none"> <li>regelmässige Aktualisierung</li> <li>bei gesamtbetrieblicher Überarbeitung des Intranets ggf. mitdenken und mitgestalten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aktuelle Intranet- und Internetplattform</li> </ul>	erfüllt

## Standard 1 - Infektionsprävention und Spitalhygiene

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. Jährlich wird die Adhärenz der Händedesinfektion bei allen Mitarbeitenden mit Patienten/Bewohnerkontakt überprüft. Im Jahr 2022 fand sich bei 583 Beobachtungen eine Gesamtadhärenz von 85%.

Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten im Spital erworbenen Infektionen. Ein Grossteil davon ist Katheter assoziiert. Die wichtigste infektionspräventive Massnahme ist die Vermeidung von unnötigen Katheter Tagen, sowie die konsequente Überprüfung der Indikationen des Blasenkatheters.

In Zusammenarbeit mit dem Kanton St.Gallen, BAG und KSSG, führen wir seit Herbst 2022 ein Projekt in der Langzeitpflege Wohnen am Singenberg (Pilot Alters -und Pflegeheime Toggenburg/St.Gallen) durch. Ziel dieses Projektes ist es, ein strukturierter Aufbau einer Infektionsprävention um Health-care assoziierte Infektionen (primärer Fokus respiratorische Viren) so weit wie möglich zu reduzieren und die Lebensqualität der Bewohnenden möglichst wenig einzuschränken.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
Die Adhärenz der Händedesinfektion ist bei allen Disziplinen und auf allen Abteilungen im Kompetenzzentrum überprüft. Die Präsentation der Resultate und Schulung erfolgt zeitnah vor Ort.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlling Händehygiene</li> <li>Auswertung und Vorstellung</li> <li>In Abhängigkeit der Resultate werden Massnahmen eingeleitet</li> <li>Evaluation der Wirksamkeit der abgeleiteten Massnahmen</li> </ul>	Mai 2022	erfüllt
Die Präventionsmassnahmen zur Reduktion der Übertragungen von respiratorische Infektionen (inklusive Covid-19, Influenza) sind im ganzen Kompetenzzentrum G+A konsequent umgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einhaltung der Guideline respiratorische Infekte <ul style="list-style-type: none"> <li>Maskenpflicht im ganzen Kompetenzzentrum</li> <li>Distanzhaltung</li> <li>Händehygiene</li> </ul> </li> <li>Rasche Identifikation von möglichen Covid-19 /Influenza erkrankten Personen</li> <li>Isolation von Erkrankten zur Verhinderung einer Weiterverbreitung</li> </ul>	Überprüfung der Einhaltung durch Abteilungsverantwortliche und Hygieneberaterin  Testung	erfüllt
Die Hygiene-Standardmassnahmen sind alle Mitarbeiter bekannt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refresher für alle Thementrägerinnen durch die Hygieneberaterin</li> <li>Refresher auf die Abteilungen durch die Thementrägerinnen</li> <li>Audit Durchführung durch die Hygieneberaterin</li> </ul>	Befragung/Beobachtungen	erfüllt
Mitarbeitern wissen wo die Hygienerichtlinien zu finden sind und wenden diese richtig an	-Schulungen auf alle Stationen (Reflektierte Pflegepraxis)	Überprüfung	erfüllt
Mitarbeiter der Hauswirtschaft erkennen die verschiedenen Schilder der Isolationen und wenden die entsprechenden Hygienerichtlinien richtig an	Refresher für Mitarbeiter der Hauswirtschaft	Überprüfung	erfüllt

## Standard 11 - Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Kritische Zwischenfälle werden in der Unternehmensgruppe wie folgt definiert: vermeidbare gefährliche Situationen, die für die beteiligten Personen mit oder ohne Schaden ablaufen.

Das Konzept wurde in Abstimmung mit dem überregionalen Konzept überarbeitet und von der übergeordneten Koordinationsgruppe im November 2021 genehmigt und seit 2022 umgesetzt.

Im Rahmen der Konzeptanpassung wurden Besprechungen der Fälle sowie deren Kommunikation an die Verantwortlichen und Mitarbeitenden reorganisiert. Die Kommunikation findet in kleineren, den Fall betreffenden Gruppen statt. 2022 wurden häufiger Fälle im elektronischen Portal publiziert.

Die Anzahl CIRS-Fälle und die daraus erfolgten Massnahmen werden im Quality Dash Board ausgewiesen und zeigen auf, wo durch Meldesysteme Transparenz geschaffen werden kann und durch Massnahmen die Vermeidung von kritischen Zwischenfällen unterstützt werden kann.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
Die Mitarbeiter Befragung wurde durchgeführt und ausgewertet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tool für die Durchführung organisieren</li> <li>• Fragen bestimmen und Befragung durchführen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Rückmeldungen.</li> </ul>	erfüllt
Es werden mehr Fälle den Teams rückgemeldet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planung der Durchführung mit den meldekreisverantwortlichen Personen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der besprochenen Meldungen.</li> </ul>	nicht erfüllt
Die Mitarbeitenden lesen die veröffentlichten Meldungen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Einführungstag werden die neuen Mitarbeitenden geschult wo die Fälle publiziert werden.</li> <li>• Erinnerungsschreiben erfassen und im Intranet bei «News und Nachrichten» veröffentlichen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Antworten bei der MA Befragung, woraus schliessen lässt das der Publikationsort bekannt ist.</li> </ul>	erfüllt

## Standard 12 - Mitarbeitende Menschen und Human Resources

Im Qualitätsmanagement werden hauptsächlich patientennahe und bewohnernahe Prozesse bearbeitet – ein mitarbeiterorientierter Standard ergänzt unsere Qualitätsthemen.

Um die Bedürfnisse und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu kennen, haben wir 2021 eine Mitarbeitendenbefragung durchgeführt. Aus den Ergebnissen und Erkenntnissen dieser Umfrage wurden 2022 Massnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Die Mitwirkung und Mitbestimmung der Mitarbeitenden wird gepflegt und gefördert. Konstruktive und innovative Vorschläge und Ideen der Mitarbeitenden sind erwünscht und können direkt bei den Vorgesetzten und im Feedbackformular vorgebracht werden. Zudem wird die aktive Mitarbeit der Mitarbeitenden bei Projekten und Arbeitsgruppen unterstützt. In den jährlichen Mitarbeitergesprächen halten wir jährlich fest, wie diese Fähigkeiten gezielt entwickelt und gefördert werden können. Das Mitarbeitergespräch dient sowohl den Mitarbeitenden als auch den Vorgesetzten als Standortbestimmung. Diese gibt den Mitarbeitenden Anhaltspunkte über die Arbeitsleistung, das Arbeitsverhalten und das soziale Verhalten und bei Mitarbeitenden mit besonderen Funktionen zusätzlich über das Führungsverhalten. Über die Rückmeldung der Mitarbeitenden erhalten die Vorgesetzten Hinweise zur Zusammenarbeit, den Arbeitsbedingungen und zum Arbeitsklima. Gegenseitige Erwartungen und persönliche Zielsetzungen der Mitarbeitenden werden evaluiert und neue Ziele vereinbart.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
Monitoring der Austritte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personalkennzahlen wie Stellenprozente, Fluktuationsrate und Absenzen werden übergeordnet monitorisiert und entsprechend Massnahmen ergriffen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorliegende Auswertung</li> </ul>	erfüllt
Die Anzahl jährlich durchgeführter Mitarbeitergespräche ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prüfung einer Anpassung des Befragungsinstruments – pragmatischer, kürzer?</li> <li>Sensibilisierung und Schulung der Kadermitarbeitenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messindikator: Durchgeführte Mitarbeitendengespräche zu Anzahl Mitarbeitende</li> </ul>	erfüllt
Anzahl bestehender Stellenbeschreibungen ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilisierung und Schulung der Kadermitarbeitenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messindikator: Anzahl bestehende Stellenbeschreibungen zu Anzahl Mitarbeitende</li> </ul>	erfüllt

## Standard 15 - Ernährung

Ein ausgewogener Menüplan bietet die Grundlage für eine bedarfsgerechte Ernährung, durch die ausreichende Bereitstellung der Makro- und Mikronährstoffe. Die Menüauswertung wird nicht nur in Bezug auf die Nährstoffe, sondern auch auf die persönlichen Bedürfnisse überprüft. Dazu findet die jährliche Akzeptanzkontrolle in der Geriatrischen Klinik und in den Heimen Wohnen am Singenberg statt. Die Befragung wurde auch im Jahr 2022 ausgewertet und Massnahmen werden abgeleitet und im Rahmen des Austausches von der Küche umgesetzt.

Beim Eintritt werden Bewohnende, Patientinnen und Patienten bzw. Bezugspersonen zu individuellen Nahrungsgewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen etc. befragt. Ergänzend werden Informationen zu Lebensmittellergenen und Unverträglichkeiten systematisch erfasst und bei der Speisenbestellung berücksichtigt.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
Ernährungskonzept wird gekürzt, auf Aktualität überprüft und formale Unzulänglichkeiten werden korrigiert (vgl. Seitenzahlen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept wird durch alle Standardmitglieder überarbeitet.</li> <li>• Zu aktualisierende Dokumente werden aufgeführt und je nach Ressourcen aktualisiert oder in Zielen 2023 aufgegriffen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ernährungskonzept wird Ende 2022 in gekürzter Form der GL vorgelegt</li> <li>• Ein Massnahmenplan der zu aktualisierenden Dokumente besteht</li> <li>• Liste mit Aktualisierungsdatum der Dokumente, welche Bestandteil vom Ernährungskonzept sind, wird erstellt</li> </ul>	teilweise erfüllt
Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (AA) werden zum Thema NRS und Mangelernährung geschult	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vierteljährlich findet eine Schulung zum Thema NRS und Mangelernährung statt</li> <li>• Die Kittelkarte wird überarbeitet und jedem neueintretenden AA abgegeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Schulungen sind für das Jahr 2022 geplant und durchgeführt</li> <li>• Kittelkarte wird überarbeitet und im Intranet abgelegt</li> </ul>	erfüllt
Durchführung der ANQ-Messung Modul Mangelernährung im November 2022 und Evaluation der Erfassung der Mangelernährung durch den NRS und MNA. Neu bei der Langzeitpflege: RAI Indikator Prävalenz von Gewichtsverlust	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluierung und Gegenüberstellung der Instrumente zur Erfassung von Mangelernährung: ANQ- Modul Mangelernährung</li> <li>• Bei der Messung werden die gleichen definierten Parameter wie im Jahr 2021 durch die Pflegenden erhoben</li> <li>• Jährliche Evaluation des NRS und MNA findet statt</li> <li>• Resultate werden mit Vorjahreszahlen verglichen</li> <li>• Neu wird ein Qualitätsindikator von RAI miterfasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NRS: Zahlen vom Jahr 2021 werden ausgewertet und mittels Power-Point Präsentation dargestellt</li> <li>• Jährliche Evaluation des MNA im PHO (Durchführung: BREU, Auswertung: ERB) und Singenberg. Zahlen vom Jahr 2021 werden ausgewertet, mit den Vorjahreszahlen verglichen</li> <li>• Jährliche RAI Daten stehen ab Dez. für das vorhergehende Jahr zur Verfügung (Kerstin Bilinski)</li> <li>• Ergebnisse werden im Dash-Board aufgeführt, in der Standardgruppe diskutiert und ggf. Massnahmen abgeleitet</li> </ul>	teilweise erfüllt
NRS wird beim Aufenthalt in der GK wiederholt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antrag an die GL wird erstellt</li> <li>• Ressourcen werden abgeklärt</li> <li>• Umsetzung: AA werden über Wiederholung NRS in Form der Dienstagsweiterbildung informiert</li> <li>• AA wiederholen den NRS nach einer Woche bei den Patienten, welche bei der Ersterhebung einen NRS von 0-3 aufweisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antrag an die GL wird gestellt</li> <li>• Informationsvermittlung findet statt</li> <li>• Auswertung wird in die jährliche Evaluation des NRS integriert</li> </ul>	nicht erfüllt
Es erfolgt eine Auswertung der beiden Menüs: Menü 1 (Vollkost) und Proteinreich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Wochen werden berechnet</li> <li>• Die Makronährstoffe: Protein, Fett und Kohlenhydrate werden ausgewertet</li> <li>• Die hinterlegten Nährwertedaten werden zur Berechnung des Menüplanes genutzt</li> <li>• Die Auswertung wird mit den Empfehlungen für ältere Menschen verglichen und falls nötig Massnahmen abgeleitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Nährwerteberechnung der 4 definierten Wochen liegen vor</li> <li>• Ein Vergleich der Ist-Situation mit den Empfehlungen ist schriftlich festgelegt</li> <li>• Massnahmen werden abgeleitet</li> <li>• Verbesserungen werden in Ziele 2023 aufgenommen</li> </ul>	erfüllt

Erstellt im: Mai 2023

Genehmigt von: Qualitätskommission, Geschäftsleitung Wohnen am Singenberg, Geschäftsleitung Geriatrische Klinik St. Gallen

Zweimal im Jahr erfolgt ein Fachinput zur Enteralen Ernährung für die dipl. Pflegefachpersonen und FaGe in allen Bereichen des Kompetenzzentrums	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In Form einer Schulung wird die Handhabung mit der Enteralen Ernährung durch eine Fachperson von Homecare Nordstern erläutert. Auch eine Ernährungsfachperson ist bei der Weiterbildung dabei um den internen Ablauf mit Enteraler Ernährung zu repetieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Schulungen finden 2x jährlich statt</li> <li>• Die vorhandenen Dokumente zur Enteralen Ernährung werden auf deren Aktualität überprüft</li> <li>• Ein Handelsablauf für die Enterale Ernährung ist erstellt, kommuniziert + im Intranet abgelegt</li> </ul>	teilweise erfüllt
Überprüfung der Wirkung von Ernährungsinterventionen im Langzeitbereich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschliessend an den MNA werden Folgefragen zum Ernährungsstatus und ggf. erfolgten Interventionen erhoben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Vorlage mit den Anschlussfragen wird erstellt</li> <li>• Das Zusatzblatt wird mit dem MNA beim Patienten abgelegt</li> <li>• Zahlen werden im Dashboard aufgeführt</li> </ul>	erfüllt
Implementierung Akzeptanzkontrolle und Menüauswertung, Geriatrische Klinik, Altersheim + Singenberg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zufriedenheitsbefragung mittels Fragebogen (wie in Zielen 2021 + Ergänzung der Frage Zufriedenheit ZMZ + genauere Erfassung der Portionengrößen)</li> <li>• Im Singenberg findet die Befragung im August/ September 2022 statt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfrage wird durchgeführt</li> <li>• Auswertung der Fragebogen erfolgt</li> <li>• Ergebnisse werden mit Vorjahreszahlen verglichen und ggf. Massnahmen abgeleitet</li> </ul>	erfüllt
Schulung Sanalogic wird überarbeitet und wieder eingeführt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalt + Durchführung der Schulung wird definiert</li> <li>• Zielgruppe wird festgelegt</li> <li>• Schulung wird an die verschiedenen Bedürfnisse (GK, AH, PH, Singenberg) angepasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung Sanalogic wird ins Aus- und Weiterbildungskonzept aufgenommen und entsprechend durchgeführt</li> </ul>	erfüllt
Fachinput Mangelernährung für Küchenpersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x jährlich findet ein Fachinput zum Thema Mangelernährung beim Küchenpersonal statt</li> <li>• Bedeutung der Küche bei der Therapie der Mangelernährung wird erläutert</li> <li>• Durchführung durch ERB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterbildung wird ins Aus- und Weiterbildungskonzept aufgenommen und entsprechend durchgeführt</li> </ul>	teilweise erfüllt

## Standard 17 - Beschwerden und Wünsche

Der Standard 17 mit Beschwerden und Wünschen ist gut etabliert und umgesetzt.

Beschwerdeformular, Bearbeitungsformular, Beschwerdeprotokoll, Empfangsbestätigung und Standardbrief für die Bearbeitung werden laufend angepasst. Statistisch haben wir die Beschwerden und Wünsche ausgewertet und bearbeitet.

Bei Eintritt werden die Patientinnen, Patienten und Bewohnenden bzw. deren Angehörige via Patientenbroschüre / Eintrittsbroschüre über die Möglichkeit der Anbringung von Beschwerden und Wünsche mit Beschwerdeformular informiert.

Mitarbeitende haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden und Wünsche via Briefkasten im Intranet, Feedback Button Internet oder mit dem Wunsch und Beschwerdeformular bei den Briefkästen zu platzieren.

Für jede kritische Rückmeldung wird durch das themenverantwortliche Geschäftsleitungsmitglied eine Relevanzbeurteilung vorgenommen, dabei werden die Häufigkeit sowie die Unzufriedenheit bewertet. Dadurch ist schneller ersichtlich, wenn gewisse Probleme schon mehrmals aufgetaucht sind und somit zwingend eine Massnahme benötigen. Alle eingegangenen Beschwerden und Wünsche werden im Cockpit erfasst und ausgewertet und durch die Standardgruppe überprüft.

Wünsche, Beschwerden und Lobe mit den Verbesserungsmassnahmen werden in den Abteilungen und Bereichen der verschiedenen Häuser kommuniziert.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
Standard 17 in die Routine führen	Abschlussbericht erstellen	Bericht von QK und GL genehmigen lassen	erfüllt

## Standard 26 - Sichere Medikation

Im Fokus des Standards „Sichere Medikation“ stehen Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit der Medikationsprozesse bei der Verordnung, dem Richten, Verteilen und Verabreichen von Arzneimitteln. Zentral sind dabei die Informationen der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden bezüglich ihrer medikamentösen Therapie sowie der Umgang mit Fehlern im Medikationsprozess.

Bei allen eintretenden Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden wird eine systematische Medikamentenanamnese erhoben und dokumentiert. Bei Eintritten in den Heimen Wohnen am Singenberg erfolgt die Medikamentenanamnese durch den betreuenden Hausarzt, da dieser oftmals seine Patientinnen und Patienten als Bewohnende weiter betreut. Der Medikationsprozess ist in allen Institutionen geregelt, und Massnahmen verschriftlich bzw. verbindend dokumentiert. Der Meldeweg für unerwünschte Ereignisse und Fehler im Medikationsprozess ist als Bestandteil des Standards Sichere Medikation definiert.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
<b>Schulungen</b> Die Standardschulungen Sichere Medikation sind bis 12/22 als e-Learning-Einheit konzipiert und per 01/23 umgesetzt Verantwortung: EZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Inhalte für die E-Learning-Einheit sind definiert</li> <li>Die technische Umsetzung mit dem SSC-IT ist geklärt</li> <li>Die Einheit ist aufgezeichnet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardschulung Sichere Medikation steht allen MA des GUA als E-Learning.- Einheit zur Verfügung</li> </ul>	nicht erfüllt
<b>Apotheke</b> Die Stationsbegehungen sind 2022 auf allen vier Stationen durchgeführt, protokolliert und ggf. Massnahmen umgesetzt Verantwortung: Y. Kuhn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stationsbegehungen sind durchgeführt</li> <li>Die Protokolle der Stationsbegehungen liegen vor</li> <li>Massnahmen zur Anpassung sind identifiziert und die Umsetzung imitiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Re-Evaluation anhand der Stationsbegehungen im Jahr 2023</li> </ul>	erfüllt
<b>Singenberg</b> Die Zusammenarbeit zur Umsetzung des Standards Sichere Medikation im S ist gestärkt Verantwortung: B. Rieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klärung Zusammenarbeit u. Informationsfluss aus dem Standard Sichere Medikation mit PDL im S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswertung der NQI liegen vor</li> </ul>	erfüllt
<b>PH Bürgerspital (PHB) AH Bürgerspital (AHB)</b> Bestellprozess mit Stern Apotheke optimieren (Problem: Medikamente sind nicht verfügbar) Verantwortung: T. Frosio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absprache mit Stern Apotheke bzgl. Problemen u. Ursachen der nicht verfügbaren Medikamente</li> <li>ggf. Adaption Bestellprozess</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medikamente im APB und PHB sind fristgerecht verfügbar</li> </ul>	erfüllt
<b>PH Bürgerspital (PHB) AH Bürgerspital (AHB)</b> Zeitnahe Medikamentenkontrolle (wöchentliche Bereitstellung, Kontrolle 1x am Tag) Verantwortung: T. Frosio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definition Ablauf / Vorgehensweise</li> <li>Information Mitarbeitende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zeitnahe Medikamentenkontrolle ist per 11/21 umgesetzt</li> </ul>	nicht erfüllt
<b>Ärztlicher Dienst</b> Im 2022 ist eine interne Weiterbildung zum Thema «Medikamentenaufklärung» für den ärztlichen Dienst geplant und durchgeführt. Verantwortung: A. Mujanovic	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anfrage Referent bzw. Referentin</li> <li>Organisation Weiterbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Weiterbildung hat bis 11/22 stattgefunden</li> </ul>	erfüllt
<b>Auswertung Prävalenzmessungen (APH &amp; S)</b> Die Auswertungen der Prävalenzmessungen im APH und S sind gezielt genutzt. Verantwortung: EZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Auswertung der Nationalen Qualitätsindikatoren Langezeitpflege (NQI) im Bereich Polypharmazie sind analysiert und Massnahmen für die Umsetzung des Standards Sichere Medikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Umsetzung erfolgt ab 07/22</li> <li>Auswertung der NQI liegen vor</li> </ul>	erfüllt
<b>Bearbeitung je 1 CIRS-Fall pro Bereich im GUA</b> wird pro Bereich 1x / Jahr eine CIRS-Meldung analysiert und entsprechende Massnahmen abgeleitet Verantwortung: EZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswahl zu bearbeitende CIRS-Meldung</li> <li>Bearbeitung und Umsetzung der Massnahmen</li> <li>Information Mitarbeitende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlling erfolgt per 12/22 durch EZ</li> </ul>	erfüllt

## Standard 30 - Bewegungseinschränkende Massnahmen

Bewegungseinschränkende Massnahmen sind ein Eingriff in das Menschenrecht. In unseren Institutionen werden Menschen betreut, die aufgrund von Selbst-, Fremdgefährdung oder schwerwiegender Störung des Gemeinschaftslebens in ihrer Bewegung eingeschränkt werden. Wir wenden diese Massnahmen als letzte Möglichkeit und vorheriger Abklärung sämtlicher Alternativen an.

Das im August 2020 bewilligte Konzept wurde in den medizinischen Fachbereichen geschult und 2022 vollständig evaluiert. Ergänzend zu den Schulungen steht den Mitarbeitenden ein Schulungsvideo als Wissenssnack im easylern zu Verfügung. Für die neuen Fachpersonen aus den medizinischen Bereichen ist der Wissenssnack obligatorisch.

Die Abläufe sind den Mitarbeitenden bestens bekannt und werden entsprechend umgesetzt.

### Ziele 2022

Ziel	Massnahmen	Messungen	erfüllt nicht erfüllt
Die gelebte Umsetzung ist im Konzept «bewegungseinschränkende Massnahmen» vollständig abgebildet.	Die fehlenden Informationen im Konzept werden durch die Standardmitglieder definiert und ausgearbeitet.	Das Konzept ist mithilfe eines Prozesssteuerungsinstrumentes überprüft	nicht erfüllt
Erhebungen der Urteile von Pflegenden, Ärzten und Ärztinnen, Patientinnen bzw. Patienten und Bewohnenden sowie ihren Angehörigen liegen vor.	Die Urteile der Mitarbeitenden werden im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung 2022 erhoben.  Ein Entwurf zur Erhebung der Urteile von Patientinnen bzw. Patienten und den Bewohnenden oder deren Angehörigen wird erstellt und die Erhebung der Urteile wird für 2023 geplant	Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung liegen vor  Entwurf zur Erhebung von Urteilen liegen vor	nicht erfüllt
Die gefestigten Schulungsangebote stellen das gelebte Qualitätsniveau des Standards sicher	Die aktuellen Schulungsinhalte werden in allen Fachbereichen überprüft und ggf. angepasst.  Für den Fachbereich «Therapien» wird ein bedürfnisgerechtes Schulungsangebot erstellt und ab 2022 werden die Therapeuten zum Thema regelmässig geschult.	Aktuelles Schulungsangebot liegt vor, incl. Teilnahmebestätigungen der durchgeführten Schulungen  Schulungsangebot und Schulungsdaten liegen vor	erfüllt

# WEITERE QUALITÄTSPROJEKTE

---

Die Arbeit zur Sicherung und Förderung der Qualität beschränkt sich nicht nur auf die Umsetzung der Qualitätsstandards der Stiftung sanaCERT Suisse. So werden zahlreiche weitere qualitätsrelevante Projekte bearbeitet, die in die Gesamtstrategie des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

Nachfolgend berichten wir über unsere Qualitätsprojekte.

## Permanente Qualitätsthemen

### Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz

In der Geriatrischen Klinik und in den Heimen Wohnen am Singenberg wurden über 200 Mitarbeiter zum Thema Brandschutz geschult.

Auch konnte in allen Gebäuden ein Integraltest durchgeführt werden, welcher erfolgreich abgeschlossen wurde. Sämtliche Gefahrenstofflager wurden überprüft und die notwendigen Massnahmen umgesetzt. Für die Lager sind neue Dokumentationen mit Lagerlisten und Lagerplänen erstellt worden. Die Gefahrenstofflisten sind den Richtlinien für die «Lagerung gefährlicher Stoffe» angepasst worden und sind auf aktuellem Stand. Die Ordner Sicherheitsdatenblätter sind permanent aktualisiert und bestückt worden.

### Bildungsmanagement

Im 2022 konnten wir alle Fortbildungen, die als Präsenzs Schulungen geplant waren, durchführen.

Die durch die Covid-Pandemie notwendig gewordene Digitalisierung haben wir teilweise beibehalten, vor allem in den Einführungslehrgängen für neue Mitarbeitende.

Das neue Konzept der monatlichen Einführungstage wurde umgesetzt und funktioniert in Zusammenarbeit mit der Lohn- und Personaladministration gut.

Die Personalplanung der internen Fortbildungen bleibt für die Vorgesetzten trotz administrativer Unterstützung der Abteilung Fort- und Weiterbildung eine Herausforderung. Das Programm ist so angelegt, dass die Mitarbeitenden Eigenverantwortung in ihrer Terminorganisation übernehmen, was zu wenig der Fall ist.

### Sturzprävention

Wie geplant haben wir im 2022 vor allem an der Überarbeitung des Sturzkonzeptes gearbeitet.

Zusätzlich konnte der «Sturzpräventionsraum» 2022 zwei Mal organisiert werden. Diese Ausbildungssituation absolvierten mehrheitlich Pflegefachleute aus den Heimen Wohnen am Singenberg und es entstanden gute Gespräche. Zudem konnte die jährliche Sturzpräventionsfortbildung für Pflegefachleute von einem Physiotherapeuten und einer Pflegefachfrau angeboten werden.

### Klinikinformationssystem (NewKIS)

Die Evaluation für die Neubeschaffung eines Klinikinformationssystems (KIS) für die Spitalverbunde (SV) 1 bis 4 und die Geriatrische Klinik (GK) erfolgte bereits im Verlauf des Jahres 2020. Nach einem umfassenden Ausschreibungs- und Evaluationsverfahren hat im Frühling 2021 das Produkt «KISIM» der Firma Cistec AG den Zuschlag erhalten. Mit der Zustimmung des Verwaltungsrates (VR) der Geriatrischen Klinik am 26. Mai 2021 zum Produktentscheid, dem Entscheid zur gemeinsamen Mandanten-Lösung und der damit verbundenen Freigaben zur Beschaffung des neuen KIS und den benötigten Personalressourcen inkl. Projektorganisation startete das Projekt «newKIS» im Sommer 2021.

Das interprofessionell aufgestellte Projektteam (Pflege, Therapien, ärztlicher Dienst, Sozialberatung, etc.) wird das Projekt in drei Projektphasen (Konzeptions-, Realisierungs- und Umsetzungsphase) bis Mitte 2024 umsetzen. Das Projekt newKIS verfolgt als übergeordnete Zielsetzung die spitalverbundsübergreifende Standardisierung von Prozess- und Dokumentationsschritten. Mit der Zustimmung zur gemeinsamen Mandanten-Lösung erfolgt mit der Projektumsetzung in der Geriatrischen Klinik auch die Umstellung in der Leistungserfassung Pflege von der Methodik tacs® auf LEP®. Das interne Kick-off zum Projekt Einführung neues Klinikinformationssystem newKIS innerhalb der GK erfolgte Anfang 2022.

Aktuell verläuft die Projektumsetzung gemäss Projektplanung. Das Go-Live ist per Mitte Oktober 2024 in der Geriatrischen Klinik geplant.

## 2022 abgeschlossene Qualitätsprojekte

Aktivität oder Projekt	<b>Notfallhandbuch</b>
Ausgangslage	<p>Heime und Spitäler sind angehalten, sich auf mögliche Krisenlagen vorzubereiten und die Mitarbeitenden entsprechend zu schulen, damit diese im Ereignisfall korrekt handeln können. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wird eine geeignete Wegleitung erarbeiten.</p> <p>Im Rahmen des Personen- und Objektschutzes und als Teil des Qualitätsmanagements ist es die Aufgabe der Unternehmensleitung, ihre Mitarbeitenden über mögliche Ereignisfälle/Gefahrenlagen innerhalb der Organisation zu informieren. Für die Schulung von allen diesbezüglich relevanten Verhaltensregeln und das Sicherstellen der Zugänglichkeit von den entsprechenden Dokumenten sind danach die einzelnen Betriebe / Bereiche und deren verantwortlichen Personen zuständig.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreiben einer funktionsfähigen Notfallorganisation.</li> <li>• Förderung eines sicherheitsgerechten Verhaltens der Mitarbeitenden.</li> <li>• Schadensverhinderung bzw. Schadensbegrenzung an Personen, Gebäuden, Werten und Informationen durch die sachgerechte Anwendung der organisatorischen, baulichen und technischen Massnahmen beim Eintritt eines Ereignisses.</li> </ul>
Laufzeit	Januar 2022 – Dezember 2022
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionell
Gültigkeitsbericht	Geriatrische Klinik und Wohnen am Singenberg
Schlussresultate	<p>Das Projekt Notfallhandbuch ist abgeschlossen. Es ist geregelt und schriftlich festgehalten, welche Personen sind im Notfall wofür verantwortlich sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche externen Notfallorganisationen sind wann zu alarmieren?</li> <li>• Wo befinden sich die Hilfsmittel und wichtige Orte (Sammelplatz)?</li> <li>• Wer kommuniziert, wann, wem über das Ereignis?</li> </ul> <p>Das Notfallhandbuch wird jährlich auf seine Aktualität und Richtigkeit überprüft.</p>

Aktivität oder Projekt	<b>Leistungsangebote für Allgemeinversicherte, Halbprivatversicherte und Privatversicherte</b>
Ausgangslage	<p>Es bestehen Unterschiede in den Leistungsangeboten zwischen Allgemeinversicherten, Halbprivatversicherten und Privatversicherten.</p> <p>Diese Angebote und Unterschiede sollen abgebildet und wo möglich ausgeweitet werden, da diese erbrachten Mehrleistungen den Versicherungen in Rechnung gestellt werden können. Der Mehrwert soll auch für halbprivat und privat versicherte Patient:innen spürbar sein.</p> <p>Zudem soll es durch die Anstellung von einer Hotelfachangestellten (HOFA) (GK 5) zur Entlastung der Pflegefachkräfte kommen. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen entsprechend geklärt und geregelt werden.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Angebotsdifferenzierung zwischen Allgemeinversicherten, Halbprivatversicherten und Privatversicherten ist abgebildet (Transparenz ggü. Kunden; z. B. in der Broschüre, Wahl an Dienstleistungen «à la carte»).</li> <li>• Die zusätzlichen Angebote sind bezüglich der Machbarkeit auf den Betrieb abgestimmt; Synergien sind genutzt.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Dienstleistungsangebot ist nach innen und aussen, sowie gegenüber den Krankenkassen transparent.</li> <li>• Die Verantwortlichkeiten (AKV) für die einzelnen Angebote sind definiert.</li> <li>• Ein Tätigkeitsprofil für HOFA ist erstellt; das Tätigkeitsprofil der Mitarbeiter:innen Pflege ist angepasst.</li> </ul>
Laufzeit	Juni 2022 – Dezember 2022
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell
Gültigkeitsbericht	Geriatrische Klinik und Wohnen am Singenberg
Schlussresultate	<p>Das bestehende Leistungs- und Mehrleistungsangebot wurde differenziert abgebildet und durch machbare Zusatzangebote ergänzt. Die Verantwortlichkeiten für die einzelnen Angebote wurden festgelegt. In der Informationsbroschüre «Ihr Aufenthalt bei uns» wurden die Leistungen für privat und halbprivat Versicherte abgebildet. Den Krankenkassen gegenüber wurde das differenzierte Angebot ebenfalls transparent gemacht.</p> <p>Das Tätigkeitsprofil für HOFA wurde erstellt und das Tätigkeitsprofil der Mitarbeiter:innen Pflege angepasst. Ab Anfang 2023 startete die Umsetzung der Hotellerie-Angebote durch Hotelfachpersonal. Bis Mitte Jahr soll das gesamte Leistungspaket umgesetzt werden, in Abhängigkeit der Besetzung der ausgeschriebenen Stellen.</p>

Aktivität oder Projekt	<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement</b>
Ausgangslage	<p>Die Ortsbürgergemeinde St.Gallen (OBG) will einen Beitrag für die Gesundheit aller Mitarbeitenden leisten und wählt dazu das Instrument des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM).</p> <p>Sie orientiert sich dabei an den Vorgaben der Gesundheitsförderung Schweiz, welche folgende 3 Säulen berücksichtigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz</li> <li>• Betriebliche Gesundheitsförderung</li> <li>• Abwesenheitsmanagement und Case Management</li> </ul> <p>Nach der Analyse der Ausgangssituation und der Identifikation der relevanten Handlungsfelder für unsere Betriebe sollen entsprechende BGM – Massnahmen festgelegt, geplant und umgesetzt werden, und in ihrer Wirksamkeit überprüft werden.</p> <p>Durch die erfolgreiche Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ergibt sich ein hoher Nutzen für die Mitarbeitenden und die OBG.</p> <p>Mit den getroffenen Massnahmen schaffen wir die Grundlage für die Erlangung des Labels Friendly Work Space der Gesundheitsförderung Schweiz.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BGM wird als strategische Führungsaufgabe wahrgenommen und ist in bestehende Strukturen und Prozesse eingebettet.</li> <li>• Alle Mitarbeitenden kennen BGM und erhalten die Möglichkeit sich einzubringen.</li> <li>• BGM umfasst Massnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und zur Unterstützung gesundheitsbewussten Verhaltens. Diese Massnahmen sind systematisch geplant, durchgeführt, überprüft und verbessert und bilden die Grundlage für die Erlangung des Labels Friendly Work Space</li> <li>• Verschiedene Kennzahlen sind erhoben, analysiert und Massnahmen da-raus abgeleitet.</li> </ul>
Laufzeit	Januar 2022 – Dezember 2022

Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell
Gültigkeitsbereich	Ortsbürgergemeinde St. Gallen
Schlussresultate	Das Gesundheitsmanagement wird reorganisiert und ganz bei der OBG angesiedelt. Das Thema Mitarbeitenden-Label für die GK wird neu mit dem KSSG abgestimmt werden und erfolgt ohne Verbindung zur OBG. Die OBG wird diese Thematik diskutieren und das weitere Vorgehen der OBG beschliessen.

## Aktuelle Qualitätsprojekte

Aktivität oder Projekt	Tarifliche Leistungserfassung NEW KIS
	Küchenreorganisation
	Fachverantwortung Ausbildung Pflege Curaviva
	PATON
	Prüfung Arzneimittelverordnungen auf Plausibilität

## AUSBLICK

---

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

Der Internetauftritt [Geriatrische Klinik St.Gallen](#) und der Heime [Wohnen am Singenberg](#), gibt Interessierten weitere vielfältige Informationen.