



Kantonsspital Frauenfeld
Postfach
8500 Frauenfeld



Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt



A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	4
	B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009.....	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	5
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
	C1 Kennzahlen Akutsomatik	6
	C2 Kennzahlen Psychiatrie	6
	C3 Kennzahlen Rehabilitation.....	6
	C4 Kennzahlen Langzeitpflege	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen	7
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
	D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit	8
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	9
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	10
	D2 ANQ-Indikatoren.....	11
	D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte.....	11
	D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	11
	D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO.....	12
	D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	12
	D3 Weitere Qualitätsindikatoren	13
	D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	14
	D5 KIQ-Pilotprojekte	15
	D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie.....	15
	D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation.....	15
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring).....	16
	E1 Pflegeindikatoren	16
	E1-1 Stürze.....	16
	E1-2 Dekubitus (Wundliegen).....	16
	E2 Weitere Qualitätsindikatoren.....	17
	E2-1 Zusatz für Langzeitpflege.....	17
	E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	17
F	Verbesserungsaktivitäten	18
	F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard.....	18
	F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten.....	18
	F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	19
	F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte	20
G	Schlusswort und Ausblick.....	23
H	Impressum	24
I	Anhänge	25



Das Kantonsspital Frauenfeld bildet zusammen mit dem Kantonsspital Münsterlingen, den psychiatrischen Diensten Thurgau und der Klinik St. Katharinenthal die Spital Thurgau AG. Als Grundversorger des Kantons hat die STGAG die Aufgabe, jederzeit und für alle Kantonseinwohner medizinische und psychiatrische Dienstleistungen zu erbringen. Die gezielte Abstimmung der Leistungsbereiche (Kompetenzzentren) und die Bildung von Schwerpunkten unterstützt die Patientenorientierung, die medizinische Qualität und die Wirtschaftlichkeit massgeblich. In der noch jungen STGAG stehen die Gemeinsamkeiten und Synergien mehr und mehr im Vordergrund, wobei den einzelnen Standorten ihre Identität und ihr operativer Freiraum innerhalb der verabschiedeten Unternehmensstrategie und der vereinbarten Gesamtziele erhalten bleiben sollen.

Das Kantonsspital Frauenfeld betreut heute mit über 1'000 Mitarbeitenden bei 85'200 Pflagetagen ca. 11'740 stationäre und rund 40'000 ambulante Patienten und bewirtschaftet einen Umsatz von CHF 138 Mio. pro Jahr.

Das Kantonsspital Frauenfeld versteht sich als lernende Organisation mit ausgeprägter horizontaler und vertikaler Vernetzung. Aus diesem Grund hat man sich entschlossen, das eigene Qualitätsmanagement an den Vorgaben des EFQM Modells auszurichten. 2002 wurde die erste Selbstbewertung durchgeführt, eine weitere folgte 2005. 2008 wurde erstmals eine externe Qualitätsbegutachtung nach EFQM in der STGAG und individuell in allen vier Betrieben auf STGAG Ebene durchgeführt.

Im 2009 Entschied die Geschäftsleitung der STGAG mit der Bearbeitung und Umsetzung von drei betriebsübergreifenden Projekten die erste EFQM Stufe „Verpflichtung zu Excellence“, (C2E) im 2010 zu erreichen. (Im Januar 2010 erfolgreiche Zertifizierung durch SAQ).

Das KSF strebt eine hohe Attraktivität für Patienten, Mitarbeitende und für die Bevölkerung an. Die umfassenden Qualitätsaktivitäten sind darauf ausgerichtet, Dienstleistungen patientenorientiert, effizient und effektiv anzubieten, gleichzeitig Prozesse und Kosten zu optimieren und einen kontinuierlichen Verbesserungs- und Entwicklungsprozess zu unterstützen. Die Führungskräfte pflegen auf verschiedenen Ebenen die Kontakte zu den Partnern des KSF und unterstützen dadurch die Vernetzung und fördern die gute Zusammenarbeit mit spitalexternen Organisationen.



B1 Qualitätsstrategie und –ziele

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

Dank der gezielten Abstimmung der Leistungsbereiche (Kompetenzzentren) und der Bildung von Schwerpunkten soll die Patientenorientierung, die medizinische Qualität und die Wirtschaftlichkeit weiter verbessert werden. Um dies zu erreichen, wurde die Vertretung der Ärzteschaft, der Pflege und der Qualität in der Geschäftsleitung verstärkt. Diese Veränderungen und Neuorientierung bedeuten für die vier Standorte bis heute eine enorme Herausforderung. In der noch „jungen“ Spital Thurgau AG stehen die Gemeinsamkeiten und Synergien mehr und mehr im Vordergrund, wobei den einzelnen Standorten ihre Identität und ihr operativer Freiraum innerhalb der verabschiedeten Unternehmensstrategie und der vereinbarten Gesamtziele erhalten bleiben sollen.

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Wie in der Einleitung beschrieben, Entscheid in der Geschäftsleitung die EFQM Stufe „committed to excellence“ mit der Bearbeitung und Umsetzung von drei betriebsübergreifenden ausgewählten Projekten im 2010 zu erreichen. Die Anmeldung bei SAQ erfolgte anfangs 2009. Die Projektbegleitung wurde ebenfalls durch einen Validator der SAQ begleitet. Die Abgabefrist aller Vorgaben der SAQ war auf den Dezember 2009 gesetzt und erfolgte entsprechend.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Nach der Visitation durch das Expertenteam vom vergangenen Oktober haben die vier Betriebe einen ausführlichen Bericht mit Stärken und Verbesserungspotentialen erhalten. Aus den Verbesserungspotentialen haben die Qualitätsverantwortlichen der vier Betriebe verschiedene Massnahmen abgeleitet und der Geschäftsleitung eingereicht. Die Geschäftsleitung hat sich für die Umsetzung folgender drei Projekte entschieden:

Projekt 1: Überarbeitung Instrument zur MA-Beurteilung und Förderung

Projekt 2: Verbindliche Grundlagen „Prozessmanagement Spital Thurgau AG“

Projekt 3: Messung „Medical Outcome“

Für die Bearbeitung dieser 3 Projekte wurde eine Projektorganisation mit einer Steuergruppe und drei Projektgruppen ins Leben gerufen. Den Projektgruppen stand für die Durchführung der Verbesserungsprojekte rund 9 Monate Zeit zur Verfügung.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterentwicklung der Projekte 1 und 3.

Projekt 1: Evaluation des neuen Instruments bei allen Mitarbeitenden, entsprechende Anpassung der Papiere und Nachsichtung der Personal Thurgau Einbindung des neuen Instrumentes in den Firmenvertrag.

Projekt 3: Weiterführung der Messungen von 2009, Auswertung der Resultate und Einleitung von notwendigen Verbesserungsmassnahmen sowie Einbindung von weiteren neuen Indikatoren zur Messung von Medical Outcome im 2010.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	Berechnet je nach Aktivitäten in den Qualitätsprojekten	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Frau Rosmarie Patrik	052 723 73 85	rosmarie.patrik@stgag.ch	<i>Pflegedirektorin</i>
Herr Andres Kundert	052 723 7189	andreas.kundert@stgag.ch	<i>Spitaldirektor</i>
PD Dr. Stefan Duewell	052 723 71 66	stefan.duewell@stgag.ch	<i>Ärztl. Direktor</i>
Frau Ursina Schmid	052 723 70 66	ursina.schmid@stgag.ch	<i>Pflegeexpertin</i>
Herr Thomas Roth	052 723 77 87	thomas.roth@stgag.ch	<i>Assistent des ärztli. Direktors</i>
Frau Pascale Ineichen	052 723 71 85	pascale.ineichen@stgag.ch	<i>Stab Spitaldirektion</i>
Frau Erika Müller	052 723 81 66	erika.mueller@stgag.ch	<i>Klinikmanagerin Frauenklinik</i>
Herr Lukas Hepp	052 723 77 47	lukas.hepp@stgag.ch	<i>Klinikmanager Medizin</i>

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	45'120	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	138	
Anzahl stationäre Patienten	11'740	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1'059	
Anzahl Pflage tage gesamt	85'265	
Bettenanzahl per 31.12.	247	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.4	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	88%	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte	KS Frauenfeld	

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflage tage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahme pflicht		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pflage tage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflage tage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	laufend
<input type="checkbox"/>			Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Im KSF permanente Befragung mit internem Fragebogen, ausser Zeitraum von externen Messungen

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84%	Gesamtzufriedenheit (eigener Fragebogen)
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Organisation	82%	Zufriedenheit
Hotellerie	83%	dito
Pflege	87%	dito
Aezte	86%	dito
Informationen nach Austritt	80%	dito

Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	PEQ 09 vom Verein Outcome, Messung vom 01.06. – 23.08.2009	Name des Messinstitutes	Mecon
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ	Gesamtergebnisse vom Verein Outcome noch nicht erhalten!			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Durch Qualitätsverantwortliche ausgearbeiteter eigener Fragebogen			
Einschlusskriterien	Siehe oben / inkl. Fragen bez. Wartezeiten			
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten				
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:		

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2007
		Nächste Messung:	2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten		
	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
<input checked="" type="checkbox"/> Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.				
<input type="checkbox"/> Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.				
<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.				
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
11'740	299	2,5%	10 Tage	Controlling
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Als Wiedereintritt wird gezählt, wer innert 10 Tagen in die gleiche Klinik eintritt unabhängig von Diagnose / Behandlung				
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/> Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input type="checkbox"/> Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>			
Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		KSF / KSM	

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		KSF und KSM	

Infektions-Messthema	Alle postoperativen Infektionen
-----------------------------	--

Messung im Berichtsjahr 2009			
Gemessene Abteilungen:	Chirurgie, Othopädie, Frauenklinik	Ergebnis:	Sind bei den CA's online vorhanden
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	AQC, AFS, Ortho-Datenbank, Brustzentrum-Datenbank	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	AQC, AFS, Ortho-Datenbank, Brustzentrum-Datenbank	

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema	Medical Outcome, diverse Messungen gemäss Projekt EFQM „committed to excellence“
------------------	---

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		KSM, KSF, PDT KSK	
Gemessene Abteilungen:	Diverse Abteilungen aller vier Betriebe	Ergebnis:	Validierungsbericht, schriftlich
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Anerkennung zur Verpflichtung zu Excellence	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	SAQ	

Messthema	Gefahrenermittlung
------------------	---------------------------

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		KSF	
Gemessene Abteilungen:	Alle Bereiche	Ergebnis:	Massnahmen umgesetzt, Mängel behoben
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Checkliste Gefahrenermittlung	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	H+ Branchenlösung	

Messthema	
------------------	--

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AQC	Chirurgie	A	A
ASF	Frauenklinik	A	A
Brustzentrumsdatenbank	Frauenklinik	B	B
Ortho-Datenbank	Orthopädie	A	A
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinik-internen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input type="checkbox"/> nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		Sturzprävention		
Messung im Berichtsjahr 2009				
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		KSF, KSM, KSK, PDT		
Gemessene Abteilungen:		Alle Bettenstationen KSF		
Ergebnis gesamt: Inzidenz: 2,3 auf 1'000 Pflegetage	198	Anteil mit Behandlungsfolgen:	85	Anteil ohne Behandlungsfolgen: 99
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Eigener Erfassungsbogen
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	EvaSys von Electric Paper

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		KFS, KSM, KSK
Gemessene Abteilungen:		Alle Bettenstationen KSF
		Ergebnis gesamt: 39 / Inzidenz 0,42 auf 1000 Pflegetage
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung	25	4	20	1	0
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.	14	4	9	1	0
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	PQS – Dekubitusprophylaxe und -behandlung				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Excel Tabelle
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Überprüfung Pflegequalitätsstandards		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	KSF		
Gemessene Abteilungen:	Alle Bettenstationen	Ergebnis:	Erfüllungsgrad 70% erreicht
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	PQS-Fragebogen	
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Exel-Datei neu EvaSys von Electric Paper	

Messthema	Überprüfung Einsatz Nanda Pflegediagnosen		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	KSF		
Gemessene Abteilungen:	Bettenstationen, IPS, Notfall, Dialyse	Ergebnis:	Erfüllungsgrad erreicht
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Q-DIO	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Überprüfung vor Ort durch Pflegeexpertin	

F Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Frauenklinik Brustzentrum	ISO 9001: 2008	März 2009		
Rettungsdienst	IVR	2004	2009	
Stillfreundliches Spital	UNICEF	2003	2009	
Labor, Mikrobiologie / Infekti- onsserologie	SWISSMEDIC	2000	Geplant Herbst 2008, durchge- führt Jan. 2009	Aufgrund fehlender Inspektoren bei SWISSMEDIC Re- Zertifizierung erst nach 9 Jahren
Labor für Patientenanalytik	H+ 17025 (Ringversuche und Laborleitung gemäß Vorgaben QUALAB ISO/EC 17025)	2004	2009	
Mikrobiologie / Infektionssero- logie	Swissmedic ISO/IEC 17025	2000	2009	
Blutspende mit Labor Analytik von Blutspenden	Schweizerische Akkreditierungsstel- le (SAS) ISO/IEC 17025	2007	2009	zuvor CSL Behring, CH
	CSL Plasma, Deutschland ISO/IEC 17025	2010	2010	
	Swissmedic ISO/IEC 17025	2003	2009	

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Diszip- lin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Ganzer Betrieb	CIRS	Fehlervermeidung / -kultur	permanent
Ganzer Betrieb	Vorschlagswesen	Verbesserungsideen der MA aufnehmen	permanent
Ganzer Betrieb	Gesundheitsförderung Mitarbeiter	Mitarbeiter verfügen über Wis- sen und Strategien zu einer gesunden Lebensführung	Permanente Aktivitä- ten, Angebote im Fortbildungsprogramm

Ganzer Betrieb	Umsetzung Ethik-Konzept	Ethikrat – Besprechung und Aufarbeitung von ethischen Dilemmas	permanent
Ganzer Betrieb	Patientenmanagement	Darstellung aller wichtigen Ist-Patientenpfade	permanent
Ganzer Betrieb	Hausarzt-Notfallpraxis im neuen Notfall nach Konzept integriert und weiter entwickelt	Zentrale Anlaufstelle für Notfälle der Hausärzte aus dem Einzugsgebiet	permanent

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ganzer Betrieb STGAG	EFQM Projekt Entwicklung neues Instrument für die Beurteilung und Förderung der Mitarbeiter	Committed to excellence Evaluation des Instruments und definitiver Einsatz 2010 sowie Integration in den Firmenvertrag	2010 erreicht 2010
	Projekt Definieren von Medizinischen Outcome- Parameter	Messung von weiteren Outcome-Parametern	2010
Ganzer Betrieb STGAG	Klinikinformationssystem	Einführung eines KIS in drei Teilschritten	2010 - 2012
KSF gesamt	Patientenmanagement	Soll-Patientenpfade definieren und implementieren	2010
Frauenklinik	Brustzentrum Thurgau etablieren	Nach Zertifizierung und Audit weiter entwickeln	2008 – auf Weiteres

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Zieldefinitionsprozess / Zielerreichungsprozess
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Definition der KSF-Ziele basierend auf der Unternehmensstrategie STGAG/KSF Kommunikation der Ziele an die Kliniken, Institute und Bereiche um für den eigenen Bereich Ziele abzuleiten Förderung der Verantwortungsübernahme auf allen Führungsstufen Definition des Prozesses zur Überprüfung der Zielerreichung
Beschreibung	Die Projektgruppe führt einen strukturierten Zieldefinitionsprozess zur Verbesserung der top down Kommunikation ein, der eine Vernetzung auf und zwischen allen Führungsstufen bis hin zu jedem Mitarbeiter gewährleistet. Damit sollen – abgeleitet von der Unternehmensstrategie – die operativen Ziele im ganzen Betrieb verankert werden.
Projekttablauf / Methodik	Projektstart: Kick off- Sitzung Juni 2009 1. Schritt: Ist-Analyse bestehender Zieldefinitionsprozess erstellen 2. Schritt: Verbindliches Konzept zur Definition von Zielen erstellen 3. Schritt: Flussdiagramm des Prozesses der Zieldefinition entwickeln 4. Schritt: Präsentation des Konzeptes auf allen Führungsstufen 5. Schritt: Implementierung und Einführung für Zielsetzung 2010 Projektende: Ende November 2009
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? KSF gesamt <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Spitaldirektion, Chefarzt, Pflegekader, Hotelleriekader
Projektelevaluation / Konsequenzen	Überprüfung der Zielerreichungsprozesses Ende 2010
Weiterführende Unterlagen	Flussdiagramm Zieldefinition KSF, Konzept und Raster zu Zieldefinition

Projekttitlel	Prozessmanagement Grundlagen STGAG
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt STGAG <input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	1. Prozessrichtlinien für die STGAG liegen als einheitliche Grundlage für die Implementierung von Prozessmanagement vor Zu erwartender Nutzen: 1. Verbindliche Grundlagen zu Prozessmanagement fördern die Prozessorientierung und unterstützen ein zielgerichtetes Prozessmanagement in den einzelnen Betrieben 2. Empfehlungen und Arbeitsgrundlagen dienen der effizienten Implementierung von Prozessmanagement, bzw. der Erarbeitung von Patientenpfaden
Beschreibung	Die Auseinandersetzung mit den Geschäfts- und Arbeitsprozessen hat zum Ziel: <ul style="list-style-type: none"> • Abläufe zu optimieren und abzubilden • Prozess-Ressourcen zu erkennen und positiv zu nutzen • Schnittstellen zu definieren, interdisziplinär zu überwinden und ... • Prozess- und Arbeitsqualität im Sinne der Kunden- / Patienten- und Mitarbeiterorientierung zu verbessern.

Projekttablauf / Methodik	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">Start</td> <td style="text-align: right;">April 2009</td> </tr> <tr> <td>Definition Zielsetzung „Prozessmanagement STGAG“</td> <td style="text-align: right;">Mai</td> </tr> <tr> <td>Festlegen Inhalt Grundlagen Prozessmanagement STGAG</td> <td style="text-align: right;">Mai</td> </tr> <tr> <td>Erarbeiten und Zusammenstellen Inhalt Prozessmanagement</td> <td style="text-align: right;">September</td> </tr> <tr> <td>Vernehmlassung der Prozessmanagement Grundlagen</td> <td style="text-align: right;">Oktober</td> </tr> <tr> <td>Ende</td> <td style="text-align: right;">Nov. 2009</td> </tr> </table>	Start	April 2009	Definition Zielsetzung „Prozessmanagement STGAG“	Mai	Festlegen Inhalt Grundlagen Prozessmanagement STGAG	Mai	Erarbeiten und Zusammenstellen Inhalt Prozessmanagement	September	Vernehmlassung der Prozessmanagement Grundlagen	Oktober	Ende	Nov. 2009
Start	April 2009												
Definition Zielsetzung „Prozessmanagement STGAG“	Mai												
Festlegen Inhalt Grundlagen Prozessmanagement STGAG	Mai												
Erarbeiten und Zusammenstellen Inhalt Prozessmanagement	September												
Vernehmlassung der Prozessmanagement Grundlagen	Oktober												
Ende	Nov. 2009												
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?												
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsverantwortliche aller Betriebe, Pflegedirektorin, Arzt Pflegeexpertin, wissenschaftliche MA												
Projektelevaluation / Konsequenzen	Committed to excellence												
Weiterführende Unterlagen	Handbuch Prozessmanagement Grundlagen STGAG												

Projekttitlel	Medical Outcome															
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt STGAG	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)														
Projektziel	Outcome-Messungen (Ergebnisqualitäts-Messungen), möglichst nach (international) anerkannten und referenzierten Standards Zu erwartender Nutzen: Patientenorientierte Messung der Qualität der Leistungserbringung Objektive Beurteilung der Leistungserbringung Optimierungen in Bezug auf die Leistungserbringung															
Beschreibung	Die STGAG will einerseits die Outcome Messungen als gute Grundlage etablieren, um damit ihre Qualität der (Dienst-)Leistungen objektiv zu fördern. Andererseits sind die Outcome Messungen auch eine Chance mit nationaler Signalwirkung, sofern der echte Patientennutzen damit effektiv transparenter gemacht werden kann.															
Projekttablauf / Methodik	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Start</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">April 2009</td> </tr> <tr> <td>Grundlagen erarbeitet</td> <td style="text-align: right;">Juni</td> </tr> <tr> <td>Datenerfassung für ausgewählte Kriterien</td> <td style="text-align: right;">Juli</td> </tr> <tr> <td>Schrittweiser Ausbau des Kriterienkatalogs</td> <td style="text-align: right;">August</td> </tr> <tr> <td>Erste Datenauswertung und –analyse</td> <td style="text-align: right;">anfangs Dez.</td> </tr> <tr> <td>Abschluss und „roll-Out“</td> <td style="text-align: right;">Dez.</td> </tr> <tr> <td>Ende</td> <td style="text-align: right;">Dez. 2009</td> </tr> </table>		Start	April 2009	Grundlagen erarbeitet	Juni	Datenerfassung für ausgewählte Kriterien	Juli	Schrittweiser Ausbau des Kriterienkatalogs	August	Erste Datenauswertung und –analyse	anfangs Dez.	Abschluss und „roll-Out“	Dez.	Ende	Dez. 2009
Start	April 2009															
Grundlagen erarbeitet	Juni															
Datenerfassung für ausgewählte Kriterien	Juli															
Schrittweiser Ausbau des Kriterienkatalogs	August															
Erste Datenauswertung und –analyse	anfangs Dez.															
Abschluss und „roll-Out“	Dez.															
Ende	Dez. 2009															
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?															
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb															
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?															
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?															
Involvierte Berufsgruppen	Aerzte, Pflegekader,															
Projektelevaluation / Konsequenzen	Committed to excellence															
Weiterführende Unterlagen	Messungen werden gemäss Projektunterlagen und –strukturen erweitert															

G

Schlusswort und Ausblick





Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation nationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge