



Spital Thurgau AG



Akutsomatik

Kantonsspital Münsterlingen
Postfach
8596 Münsterlingen

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

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

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri



A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
C1	Angebotsübersicht	6
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	8
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2010	8
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2010	9
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	9
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	10
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	11
C4-4	Personelle Ressourcen	11
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2010	12
D	Qualitätsmessungen	13
D1	Zufriedenheitsmessungen	13
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	13
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	15
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	16
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	17
D2	ANQ-Indikatoren	18
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	18
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	19
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	20
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	21
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	22
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	22
D3-2	Stürze	23
D3-3	Dekubitus (Wundliegen)	23
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	24
D3-5	Dauerkatheter	24
D3-6	Weiteres Messthema	25
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	26
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	27
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	27
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	27
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	28
F	Schlusswort und Ausblick	29
G	Impressum	30
H	Anhänge	31

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Das Kantonsspital Münsterlingen bildet zusammen mit dem Kantonsspital Frauenfeld, 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 unterstützen die Patientenorientierung, die medizinische Qualität und die Wirtschaftlichkeit massgeblich. In der 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 Münsterlingen betreut heute mit über 1'000 Mitarbeitenden in rund 90'000 Pflgetagen ca. 12'700 stationäre und ca. 67'000 ambulante Patienten und bewirtschaftet pro Jahr einen Umsatz von rund CHF 150 Mio. (inkl. Kantonsbeiträge).

Das Kantonsspital Münsterlingen 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. 2004 wurde die erste Selbstbewertung durchgeführt und 2008 wurde eine externe Qualitätsbegutachtung nach EFQM in der STGAG und individuell in allen vier Betrieben auf STG AG Ebene wiederholt.

2009 hat die Geschäftsleitung der STGAG entschieden, mit der Bearbeitung und Umsetzung von drei betriebsübergreifenden Projekten mit der „Verpflichtung zu Excellence“ (C2E), die erste EFQM Stufe anzustreben. Das Committed to excellence wurde mit einem Zertifikat der SAQ im Januar 2010 erfolgreich abgeschlossen.

Das Kantonsspital Münsterlingen 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. Ein spezielles Augenmerk wird auf eine optimale Information an Patienten vor, während und nach dem Spitalaufenthalt angestrebt. Die Führungskräfte pflegen auf verschiedenen Ebenen die Kontakte zu den Partnern des Kantonsspital Münsterlingen. Sie unterstützen dadurch die Vernetzung und fördern die gute Zusammenarbeit mit den spitalexternen Organisationen.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010**EFQM:**

Erfolgreiche „Verpflichtung zu Excellence“. Abschluss „Committed to excellence“ im Januar 2010.

Die Entscheidung zum nächsten Schritt im EFQM, in den nächsten drei Jahren die Anerkennung für Excellence „recognised for excellence“ (R4E) anzustreben, wurde 2010 gefällt.

Der Start mit den vorbereitenden Arbeiten und die Kontaktaufnahme mit SAQ erfolgten bereits 2010.

Weiterentwicklung Patientenmanagement KSM:

Einführung und Umsetzung von Behandlungs-Pfadkurven und Patienten-Informationsbroschüren für ausgewählte, einzelne Diagnosen.

Kantonales Projekt „Palliativ Care Thurgau“:

Erstellen eines Konzeptes „Palliative Care Thurgau“ und Definition Angebotsteile der Spital Thurgau AG:

Teilprojekt 1: Aufbau und Etablierung einer Palliativ Station für den Kanton Thurgau (im KSM)

Teilprojekt 2: Entwicklung und Aufbau eines mobilen Palliative Care Teams (aus dem KSM) für den gesamten Kanton

Brustkrebs-Früherkennungsprogramm im Kanton Thurgau:

Ausarbeitung eines Konzeptes für ein Brustkrebs-Früherkennungsprogramm im Kanton Thurgau. Auf Basis dieses Konzeptes erfolgten in der 2. Jahreshälfte die notwendigen Absprachen und Vorbereitungsarbeiten, so dass ab 2011 Brustkrebsfrüherkennung im Kanton Thurgau für Frauen zwischen 50-70 Jahren angeboten werden kann.

Um die im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms gewonnen Daten nutzen zu können, ist ein Krebsregister obligatorisch. Daher erhielt die STGAG den Auftrag, eine Machbarkeitsstudie incl. Leistungsauftrag für ein Krebsregister zu erstellen und eine Entscheidungsgrundlage zu erarbeiten.

Patientensicherheit:

Leitlinien für die Kommunikation an Patient und Angehörige nach einem Zwischenfall wurden erstellt und eingeführt

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Erreichen der EFQM-Stufe „C2E“: erfolgreicher Abschluss „Committed to excellence“, Januar 2010

Konzept Palliativ Care Thurgau: Angebotsteile der STGAG wurden per Ende 2010 bereitgestellt

Beurteilungs- und Förderungsinstrument „B&F STGAG“ wurde nach einer internen Vernehmlassung in den Firmenvertrag der STGAG aufgenommen, (Ergebnis aus Projekt C2E“ 2010)

Weiterentwicklung Patientenmanagement KSM: Behandlungs-Pfadkurven wurden umgesetzt. Umsetzung wird validiert. Patienten-Informationsbroschüren stehen zur Verfügung

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weitere Umsetzung und Etablierung Angebot Palliative Care Thurgau: „Palliativstation“ und „Palliative Plus“ (mobile Palliative Care Equipe) für den Kanton Thurgau

Entwicklung von weiteren Behandlungspfaden ergänzt mit jeweiligen Patienten-Informations-broschüren. Integration der Behandlungspfade ins Klinikinformationssystem.

Implementierung eines Klinikinformationssystems: Schwerpunkte 2011: elektronische Patienten-dokumentation und Berichtswesen; 2012 elektronische Pflegeprozessdokumentation

EFQM: Weiterführen der vorbereitenden Arbeiten für die Anerkennung von Excellence „recognised for excellence“ (R4E)

Beitritt Nationalem Qualitätsvertrag (H+, GDK, santésuisse/MTK und ANQ)
Teilnahme nationale Prävalenzmessung Sturz- und Dekubitus (ANQ)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	Variabel. Je nach Aktivitäten in den unterschiedlichen Qualitätsprojekten	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Herr Markus Röthlin	071 686 26 10	markus.roethlin@stgag.ch	Ärztlicher Direktor
Herr Stephan Kunz	071 686 23 91	stephan.kunz@stgag.ch	Spitaldirektor
Herr Martin Krause	071 686 21 71	martin.krause@stgag.ch	Chefarzt Medizin
Frau Agnes König	071 686 22 34	agnes.koenig@stgag.ch	Pflegedirektorin
Herr Tobias Kube	071 686 29 70	tobias.kube@stgag.ch	Leitung QE/OE
Frau Sabrina Meier	071 686 21 86	sabrina.meier@stgag.ch	STAB Pflegedirektion

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Münsterlingen
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
☒	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten : Spital Thurgau AG, Kantonsspitaler Münsterlingen (KSM), Kantonsspital Frauenfeld (KSF), Psychiatrische Dienste Thurgau, Münsterlingen (PDT) Klinik St. Katharinental, Diessenhofen (KSK)

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	KSM	Ja
Allgemeine Chirurgie	KSM	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	KSM	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	KSF	Ja
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	KSM	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	KSM	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	KSM	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	KSF	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	KSM	Ja
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	KSM	
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)	KSK	Ja

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	KSM	
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	KSM	
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	KSM	
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	KSM	
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	KSM	
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	KSF	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	KSK	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	KSM	
Intensivmedizin	KSM	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	KSM	Ja
Kinderchirurgie	KSM	Ja
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	KSM	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	KSM	Ja
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	KSM	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	KSM	Ja
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	KSM	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	KSM	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	KSM	
Psychiatrie und Psychotherapie	PDT	
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	KSM	
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	KSM	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	KSM	
Ergotherapie	KSM	
Ernährungsberatung	KSM	
Logopädie	KSM	
Neuropsychologie	PDT	
Physiotherapie	KSM	
Psychologie	PDT	
Psychotherapie	PDT	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	67172	----	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	39	----	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	12719	11777	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	828	716	
Geleistete Pflegetage	90013	89165	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	256	261	Ohne Säuglinge
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.2	7.7	
Durchschnittliche Bettenbelegung	91.5	89.5	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2010

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär				

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflegetage zu interpretieren?

- i** Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** im Jahr 2010 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Angebotene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation			
Internistische Rehabilitation			
Kardiale Rehabilitation			
Muskuloskelettale Rehabilitation			
Neurologische Rehabilitation			
Onkologische Rehabilitation			
Pädiatrische Rehabilitation			
Psychosomatische Rehabilitation			
Pulmonale Rehabilitation			
Rehabilitative Intensivabteilung			

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- ❶ Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen und ihre Infrastruktur auch** extern anbieten, dies z. Bsp. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- ❷ Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- ❸ Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		Stationär	ambulant
		☐ ja	☐ ja
		☐ ja	☐ ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der **Tageskliniken** (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- i** Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche. Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation	KSM			
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- i** Spezifische Facharztstitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- i** Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflegetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Neurologie	☐ ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☐ ja	
Facharzt Psychiatrie	☐ ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2010			
Geleistete Pflegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			
			2011	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten: KSM: 2009 Befragung im Rahmen Projekt PEQ 09; 2011 Befragung mit internem Fragebogen
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	PEQ 09 Auswertungen erst 2010 erhalten	Name des Messinstitutes	Fa. MECON und Verein Outcome
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Fragebogen vom Verein Outcome		
Einschlusskriterien		Alter > 18 Jahre (giltet nicht für die Pädiatrie), stationärer Aufenthalt mind. 3 Tage (2 Nächte), Austritt nach Hause oder Anschlussbehandlung in anderer Institution, Mehrfachhospitalisierte nur eine Befragung		
Ausschlusskriterien		Patienten, welche Einschlusskriterien nicht erfüllen, Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose, Verlegungen in ein anderes Spital, Patienten ohne festen Wohnsitz in der CH		
Rücklauf in Prozenten		51,8%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☒	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☐	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
	Bezeichnung der Stelle
	Name der Ansprechperson
	Funktion
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)
	Bemerkungen

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	64.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultat pro Berufsgruppe	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	69.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	64.0	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	63.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	61.8	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	66.8	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien		alle Mitarbeitenden wurden befragt		
Ausschlusskriterien		-		
Rücklauf in Prozenten		54.0%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- 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.	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
12719	63	0,5%	Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Alle Wiedereintritte innert 30 Tagen mit gleicher MDC (AP-DRG V. 6.0)			
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☐	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?	
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektionen die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten: KSM
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Chirurgie, Orthopädie und Gynäkologie

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
☐ Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☐ Blinddarm-Entfernung				4.5%	
☐ Hernieoperation				1.1%	
☒ Dickdarm (Colon)	72	2	2.8%	12.7%	
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	177	4	2.3%	1.9%	
☐ Herzchirurgie	Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.				
☒ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☐	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☒	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Gemäss Vorgaben wurden lediglich die Chirurgie und die Medizin befragt. Die Frauenklinik wurde in der Chirurgie mitgezählt.

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.4	5.3	
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.4	5.4	
Beurteilung der Organisation	5.3	5.2	
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.4	5.4	
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.4	5.4	
Beurteilung der Organisation	5.2	5.2	
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	HIV Kohortenstudie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Compliance Händehygiene

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Hygieneverbund Ostschweiz, KSSG, Leitung Dr. Mathias Schlegel

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: KSM
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Chirurgie, Medizin, Frauenklinik, Intensivstation, Notfall, Ambulatorien

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
260	Anzahl Stürze mit Verletzungen: 101		3.18 Stürze auf 1000 Pflgetage Aussagen Effektivität Sturzprävention ab 2011 (Vergleich Anzahl sturzgefährdeter Pat. mit Sturzereignissen)

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Sturz-Ereignisprotokoll
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Auswertung mit dem Tool: EvaSys von Electricpaper

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)		
Was wird gemessen?			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: KSM
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Chirurgie, Medizin, Frauenklinik, Intensivstation, Notfall, Ambulatorien

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
71	75	Dekubitusrate KSM: 0.92 Dekubitus auf 1000 Pflgetage

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Dekubitus-Erfassung
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Auswertung mit dem Tool: EvaSys von Electricpaper

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende Massnahmen	
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	KSM
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgie, Medizin, Frauenklinik, Intensivstation, Notfall, Ambulatorien
Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
	Keine Auswertungen nur Protokollierung der durchgeführten Massnahme und Überwachung	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter	
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Swissvasc	Chirurgie	A	A
AQC-Statistik	Chirurgie	A	A
ASF-Statistik	Frauenklinik	A	A
Brustzentrum Datenbank	Frauenklinik	B	B
Urologie Studie BAG	Urologie	A	A
Prospektive Erfassung ERCP und PEG Einlage	Medizin	A	A
Prospektive Erfassung Pacemaker Einlage	Medizin	A	A
Erfassung Protheseninfekte	Orthopädie	A	A
Erfassung Behinderungsgrad nach Hirnschlag	Neurologie	A	A
AMIS	Medizin	B	A
ADS	Anästhesie (SGAR)	A	A
MDSI	IPS (SGI)	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 2010
 C=Einführung im Berichtsjahr 2010



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Frauenklinik, Brustzentrum	ISO 9001:2008	2009		Überwachungsaudit Feb. 2010, März 2011
Stillfreundliches Spital	UNICEF	2003	2008	
ZSVA	SWISS STS ISO 13485:2003/AC2007	2005		Überwachungsaudit im Februar 2011
Rettungsdienst	IVR	2007	2009	Re-Zertifizierung 2011
Labor für Patientenanalytik	H+ 17025 (Ringversuche und Laborleitung gemäß Vorgaben QUALAB ISO/IEC 17025)	2004	2009	
Mikrobiologie / Infektionsserologie	Swissmedic ISO/IEC 17025	2000	2009	
Blutspende mit Labor Analytik von Blutspenden	Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS) ISO/IEC 17025	2007	2009	Nächste Inspektion August 2011
	CSL Plasma, Deutschland ISO/IEC 17025	2010	2010	zuvor CSL Behring, CH
	Swissmedic ISO/IEC 17025	2003	2009	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Weitere Umsetzung und Etablierung Angebot Palliative Care Thurgau	Angebot „Palliativstation“ und „Palliative Plus“ (mobile Palliative Care Equipe) Kt TG ist umgesetzt und etabliert	Gesamtspital	2011
Patientenmanagement KSM	Entwickeln weitere Behandlungspfade. Ergänzen mit Patienten-Info-Broschüren. Integration Behandlungspfade im Klinikinformationssystem.	Gesamtspital	2011
Klinikinformationssystem	Klinikinformationssystem ist per Ende 2011 implementiert	Gesamtspital	
CIRS	Fehlervermeidung, Fehlerkultur	Gesamtspital	Permanente Aktivität
Ideenmanagement	Aufnehmen Innovative Ideen der Mitarbeiter	Gesamtspital	Permanente Aktivität
Ethikforum	Unterstützung in komplexen Situationen	Gesamtspital	Permanente Aktivität

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitel		
Bereich	☐ internes Projekt	☒ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Im Kanton Thurgau soll Palliative Care bei allen Krankheiten ohne Heilungsaussicht und in Situationen mit unklarer Heilungsaussicht integriert werden, und zwar: • vertikal: unabhängig vom Lebensalter durch alle Altersgruppen; • horizontal: durch alle Bereiche der Medizin und Pflege; • vernetzt: unter Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern, Therapeuten, Seelsorgern, Angehörigen und Freiwilligen; • im Rahmen der zu Hause geleisteten Pflege genauso wie in stationären Einrichtungen.	
Beschreibung	Um den Gesetzesauftrag zu erfüllen, soll im Kanton Thurgau in Kombination von Palliativstation und mobilem Palliative-Care-Team mit den bestehenden Organisationen der Spitex und Pflegeheime, die umfassende Betreuung der betroffenen Menschen in einer hohen Qualität sichergestellt werden. Konkret werden im Kanton Thurgau folgende Massnahmen umgesetzt: 1. Die dezentrale wohnortsnahe Grundversorgung durch Hausärzte, Spitex und Pflegeheime sowie ergänzende Dienste. 2. Eine zentrale stationäre Einheit (Palliativstation) für die effiziente und professionelle Versorgung von Patienten in palliativen Situationen. 3. Ein interprofessionelles mobiles Spezialistenteam (Palliative Plus), gebildet aus Mitarbeitenden der Palliativstation und weiteren Fachleuten zur Beratung und Unterstützung des Betreuungsteams. 4. Ärzte und Pflegefachpersonen verfügen über eine ihrer Funktion entsprechende Ausbildung in Palliative Care. Eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller mit Palliative Care betrauten Fachpersonen ist sichergestellt. 5. Die Zusammenarbeit und Koordination zwischen den verschiedenen Partnern sowie Abläufe und Verantwortlichkeiten an den Schnittstellen sind durch allgemeinverbindliche Regelungen geklärt.	
Projektablauf / Methodik	Das Gesundheitsamt hat 2009 eine kantonale Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus den wichtigen Bereichen der Gesundheitsversorgung im Kanton Thurgau zur Erarbeitung eines Umsetzungskonzeptes „Palliative Care Thurgau“ installiert. Das Projekt wurde Anfang 2010 in drei Teilprojekte (Palliativstation, mobiles Palliative Care Team und Grundversorgung „wohnortsnah“) aufgeteilt und die Massnahmen zur Umsetzung der Palliative Care im Kanton Thurgau entsprechend konkretisiert und konzeptualisiert. Das Gesamtkonzept konnte Ende 2010 fertiggestellt und zur Umsetzung frei gegeben werden.	
Einsatzgebiet	☒ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Akutspitäler, Hausärzte, Spitex, Langzeitinstitutionen, Psychiatrie, verschiedene Ligen, Seelsorge, Hospizdienst ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? 	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialdienste, Seelsorge, Hospizdienst	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Umsetzungskonzept, Rechenschaftsbericht Stand Umsetzung gegenüber dem Auftraggeber Kanton	
Weiterführende Unterlagen	Detailkonzepte für die Umsetzung in den verschiedenen Institutionen	



Schlusswort und Ausblick

Freitextfeld

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 Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>



Anhänge