

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



Kantonsspital Frauenfeld
Postfach
8500 Frauenfeld

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	4
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	5
3.1	Kontaktangaben	5
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	5
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	5
4	Kennzahlen	7
4.1	Versorgungsstufe	7
4.2	Personalressourcen	7
4.3	Fallzahlen	8
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	8
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	9
4.6	Top Ten- Eingriffe	11
4.7	Altersstatistik	11
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	13
4.9	Mortalitätszahlen	13
4.9.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung</i>	13
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	14
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	14
5	Zufriedenheitsmessungen	15
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	15
5.1.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	15
5.1.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	15
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	15
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	17
5.4	Zuweiserzufriedenheit	17
6	Qualitätsindikatoren	19
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	19
6.1.1	<i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape</i>	19
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation</i>	19
6.2	Infektionen	20
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	20
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	21
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	22
6.3	Komplikationen	22
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	22
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	24
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	24
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	24
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	25
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	26
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	26
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	26
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	27
7	Qualitätsaktivitäten	28
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	28
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	28
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	29
8	Schlusswort und Ausblick	32
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	33
10	Individuelle Anhänge	36
11	Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge	36
11.1	Qualitätsmanagementstrategie	36
11.2	Q-Schwerpunkte 2009	36
11.3	Erreichte Q-Ziele 2008	36

2 Einleitung

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 Kantoneinwohner 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 rund 980 Mitarbeitenden bei 85'000 Pflergetagen ca. 11'400 stationäre und rund 40'000 ambulante Patienten und bewirtschaftet einen Umsatz von CHF 130 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.

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.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Frau Rosmarie Patrik	052 723 73 85	rosmarie.patrik@stgag.ch	Pflegedirektorin

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Frau Rosmarie Patrik	052 723 73 85	rosmarie.patrik@stgag.ch	Pflegedirektorin	Nach Q-Projektverlauf
Herr Andres Kundert	052 723 7189	andreas.kundert@stgag.ch	Spitaldirektor	Nach Q-Projektverlauf
PD Dr. Stefan Duewell	052 723 71 66	stefan.duewell@stgag.ch	Ärztl. Direktor	Nach Q-Projektverlauf
Frau Ursina Giger	052 723 70 66	ursina.giger@stgag.ch	Pflegeexpertin	Nach Q-Projektverlauf
Herr Thomas Roth	052 723 77 87	Thomas.roth@stgag.ch	Assistent des ärztl. Direktors	Nach Q-Projektverlauf

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Datenquellen: In der EFQM-Selbstanalyse von 2008, den Jahreszielen, im Jahresbericht, in der Personalzeitung, am Anschlagbrett im Spitaleingang etc.
Organisation: Projektleitung und Kriterienverantwortliche Mitarbeitende in den neun Kriterien total 22 Personen
Steuergruppe: KSF die Spitaldirektion, STGAG definierte Steuergruppe
Q-Kommission: STGAG Geschäftsleitung

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegsärzte etc.)
Ärzte	109.0	Ohne Unterassistenten
Pflege	224.1	Ohne Auszubildende
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	297.7	Inkl. Anteil zentrale Dienste
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	109.0	Inkl. Anteil zentrale Dienste
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)		In fast allen Bereichen in wechselnder Anzahl

Kommentar zu den Personalressourcen	
Total 980 Mitarbeitende in 675 Stellen zu 100%, ohne zentrale Dienste und Auszubildende	

4.3 Fallzahlen

Datenquelle							
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung				

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Alter	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen
		0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	66 -	
Medizin		17	1389	1786			5739	TS und amb. keine Altersklassifik
Chirurgie		329	2829	1624			12575	Allg. Chir, Ortho, Uro, ORL
Gynäkologie, Geb.Hilfe		12	2013	360			6276	
Säuglinge		989						
Übrige							11684	Radiol., Labor, Physio, Diverse
Gesamt								

Kommentar zu den Fallzahlen	

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle		
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	84594	Inkl. gesunde Säuglinge
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.4 Tage	
Geburten (stationär und ambulant)	991	
Operationen stationär		Unklare Definition
Operationen ambulant und teilstationär		Unklare Definition
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen		

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	702		Z38	Einling Geburt im Krankenhaus
2	568		O80	Spontangeburt
3	272		N39	Harnwegsinfekt
4	210		I37	Arteriosklerose der Aorta
5	203		Q87	Angeborene Fehlbildungssyndrome
6	181		K80	Gallenblasenstein mit akuter Cholecystitis
7	179		S06	Gehirnerschütterung
8	174		K40	Doppelseitige Hernia inguinalis
9	154		M16	Primäre Koxarthrose
10	145		J35	Chronische Tonsillitis
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	195		8151	Totalendoprothese des Hüftgelenks
2	157		6859	Sonst. Vaginale Hysterektomie
3	152		594	Suprapubische Schlingensuspension
4	134		3950	Angioplastik oder Atherektomie
5	129		8154	Totalendoprothese des Kniegelenks
6	127		6029	Sonst. Transurethrale Prostatrktomie
7	127		4709	Sonst. Appendektomie
8	123		282	Tonsillektomie ohne Adeniodektomie
9	120		5123	Laparoskopische Cholecystektomie
10	94		215	Submuköse Resektion des Nasenseptums
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				

4.7 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	502	492
2	2 bis 4	7	4
3	5 bis 9	40	40
4	10 bis 14	44	50
5	15 bis 19	168	169
6	20 bis 24	191	292
7	25 bis 29	171	495
8	30 bis 34	146	585
9	35 bis 39	164	438
10	40 bis 44	258	370
11	45 bis 49	311	339
12	50 bis 54	332	354
13	55 bis 59	331	322
14	60 bis 64	453	341
15	65 bis 69	401	353
16	70 bis 74	376	392
17	75 bis 79	397	524
18	80 bis 84	287	449
19	85 bis 89	228	317
20	90 bis 94	52	111
21	95 und älter	13	40
Gesamt		4872	6477

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0.865
Definition des Case-Mix-Index	
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	5924	Gemäss Codierrichtlinien BfS (< 12 Std.)
Notfälle ambulant und teilstationär		Wir bei amb. Pat. nicht erhoben
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	852	(o. nicht IPS-pflichtige Patienten)
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	-	
Verlegungen in ein anderes Spital	478	
Austritte nach Hause	9578	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	1239	
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Resultate
Kommentar

4.9.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios

4.9.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)
	Eine Gruppe für Sterbebegleitung ausgebildete Personen können nach Einverständnis des Patienten oder der Angehörigen auf Abruf eingesetzt werden. Speziell zu Entlastung der begleitenden Angehörigen oder der Pflegefachpersonen in Spätdienst und Nacht.

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen				

5.1.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Gesamtzufriedenheit aufgrund der Frage: Würden Sie Ihren Freunden das Spital empfehlen?	Wert [%]	Bemerkungen

5.1.2 Detaillierter Ausweis

Bereich	Wert [%]	Medizin	Chirurgie	Andere: welche?	Bemerkungen
Ärzte					
Pflege					
Organisation & System					

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
KSF	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen mit Fragen zu Organisation Eintritt / Austritt Betreuung durch Ärzte und Pflege, Hotellerie, Wartezeiten, Information zum Austritt und zum Gesamteindruck	An alle Patienten, Versand 10 Tage nach Austritt	permanent	permanent	

Resultate

Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte	87	4 Fragen
Pflege	86,9	4 Fragen
Organisation	82	3 Fragen
Hotellerie	82	3 Fragen
Gesamteindruck	83,9	

Kommentar

Letzte validierte Messung 2006 (Mecon) / Resultate im Q-Bericht 2007

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Mecon	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	Anonyme, schriftliche Befragung aller MA	4. Quartal 2007	Alle 3 Jahre	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	56,3	
Pflege	58,6	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	60	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	66,5	
Gesamtinstitution	60,2	
Kommentar		
Phase der Befragung lief in einer Zeit von sehr hoher Bettenauslastung/ Belastung sowie zusätzlich einem Mangel an ausgebildetem Personal (schwierige Rekrutierung, trockener Stellenmarkt)		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Radiologie	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Systematische Erfassung der Pat.Zuweisungen in die Radiologie	Permanent	Permanent	Permanent	Analyse pro Quartal und Jahr

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution		
Kommentar		
Bei Verminderung der Zuweisungen je Hausarzt werden die Gründe direkt nachgefragt		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen
11'378	578	5,08%	Controller	

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert				

Resultate

Kommentar

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Gallenblase		Gemessen werden alle intern, nicht nach Swiss NOSO, dies ist jedoch für Sommer 2009 geplant
<input checked="" type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Kniegelenksprothesen		

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Frauenklinik: Arbeitsgem. für Statistik der schweiz. Frauenkliniken (AFS) Brustzentrumsdatenbank	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erfassung postoperative Infekte durch Operateur	Jährliche statistische Erfassung	permanent	
		Kaiserschnitt: Erfassung von Wunddehiszenzen, Blutverlust, postoperative Anaemien, Wundrevisionen		permanent	
		Erfassung Wundinfektionen bei Mammakarzinomoperationen		permanent	
Chirurgie: AQC	<input checked="" type="checkbox"/> validiert	Infektionen werden in der AQC-statistik systematisch erfasst und ausgewertet	Jährliche statistische Erfassung	permanent	
Orthopädie:	<input checked="" type="checkbox"/> intern	Erfassung aller Hüft-Tp / Knie-TP, Ordner über Infektionen wird geführt		permanent	

Resultate
Kommentar

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	Chirurgie: Perioperative antibiotische Abschirmung bei Appendectomie, Hernienoperationen, Coloneingriffen Urologie: Perioperative antibiotische Infektprophylaxe (Empfehlung des Robert-Koch-Instituts) Orthopädie: Operationen mit Laminarairflow sowie perioperative antibiotische Infektprophylaxe Frauenklinik : Intraoperative antibiotische Infektprophylaxe Medizin und ganzes Spital: Schriftliche, verbindliche Hygienerichtlinien insbes. Händehygiene, Schutzbekleidung, Isolationen, Screeningmassnahmen, etc.

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
	Begriffsdefinition „Komplikation“	Alle postoperativen Komplikationen inkl. Wundinfekte

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Chirurgie: Swissvasc SALT AQC	<input checked="" type="checkbox"/> validiert	Chir. Erfassung in Aufteilung Traumatologie, Visceralchirurgie, Gefässchirurgie und Sonstiges Komplikationenstatistik	Jährliche statistische Erfassung	permanent	Vorstellung in der Klinik an Komplikationenkonferenz
Frauenklinik: Brustzentrumdaten bank ASF-Statistik mit schweiz. Benchmark	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erfassung durch Breast Care Nurse Kontinuierliche Messung mit Fragebogen	Jährliche statistische Erfassung	permanent	Vorstellung an Ärzte-Rapporten
Medizin: Kopmlikations register Angiologie PTA	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert		Jährliche statistische Erfassung		Erfassung in der KG Auswertung periodisch mind. jährlich
Ganzes Spital: Prodict Data	<input checked="" type="checkbox"/> validiert	Elektronisches CIRS-Meldeprotokoll	Auswertungen und Info Cirs-Leitbediener-Treffen je Quartal sowie in den Kliniken	permanent	Kommunikation in Spitalleitung und Spitalkonferenz

Resultate

Chirurgie:

Daten der gefässchirurgisch operierten Patienten inkl. Komplikationen- Erfassung in der schweizerischen Datenbank Swissvasc mit nationalem Benchmarking

Daten von Laparoskopisch und thorakoskopisch operierte Patienten werden durch Arbeitsgruppe SALT erfasst, Auswertungen finden jährlich statt

Frauenklinik:

ISO 9001 Zertifizierung Brustzentrum im März 2009 abgeschlossen

Kommentar

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	Massnahmen Komplikationen sind oft identisch mit Massnahmen Infektionen Regelmässige CIRS-Konferenzen Fallbesprechungen, ableiten von Massnahmen anhand der Erfassungsprotokolle, beispielsweise einheitliche Liqueminisierung

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“	Unfreiwilliger, unkontrollierter Positionswechsel des Körpers, der zum Bodenkontakt des Rumpfes führt. (Kellogg International Work Group on the Prevention by the Elderly“ ,1987)

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
KSF	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzinzidenz pro 1'000 Pflgetage / Patient	Januar 2009	01.01.2008 – 31.12.2008	

Resultate

Anzahl Stürze:	256
Anzahl Patienten	10387
Anzahl Pflgetage	79444
Sturzinzidenz pro 1000 Pflgetage	3.2
Sturzinzidenz pro 1000 Patienten	24.6

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Sturzrisikoeinschätzung auf der Medizinischen Klink <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturzrisikoeinschätzung anhand Morse Skala ▪ Einzelinterventionscheckliste ▪ Hilfsmaterial (wie z.B. Antirutschmatte, Antirutschsocken, Hüftprotector, Alarmmatte, Flyer usw.)

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
KSF	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Grafische Darstellung	Januar 2009	28.03.2008 – 31.12.2008	28.03.2008 Beginn der Dekubituserfassung

Resultate

20 Dekubiti auf der Chirurgischen und Medizinischen Klinik erfasst

Kommentar

Die grafische Auswertung gibt beispielsweise Auskunft über: Gender, Anzahl Pflegetage mit Dekubitus, Anzahl Dekubiti pro Monat, Alterverteilung, Situation in der Einrichtung / Verlegung, Schweregrad, Lokalisation, Therapie, Wundversorgung, usw.

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Risikoeinschätzung anhand der Bradenskala → entsprechend der Braden Skala werden präventive Massnahmen eingeleitet, beispielsweise: Lagerungsmaterial, Pflegemittel, Lagerung als Massnahme, spez. Matratzen oder Bett, Ernährungszustand ↑, Allgemeinzustand ↑, usw.

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert				

Resultate

Kommentar

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Frauenklinik	ISO 9001: 2008	März 2009		
Rettungsdienst	IVR	2004	2009	
Stillfreundliches Spital	UNICEF	2003	2009	
Labor, Mikrobiologie / Infektionsserologie	SWISSMEDIC	2000	Geplant Herbst 2008, durchgeführt Jan. 2009	Aufgrund fehlender Inspektoren bei SWISSMEDIC Re- Zertifizierung erst nach 9 Jahren
	Ringversuche gemäss Vorgabe QUALAB ISO 172025		2007	
	H+ 17025	2007	2008	
Blutspende		2007	Reakkreditierung Jan. 2008	

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Ganzer Betrieb	CIRS	Fehlervermeidung / -kultur	permanent
Ganzer Betrieb	Vorschlagswesen	Verbesserungsideen der MA aufnehmen	permanent
Ganzer Betrieb	Gesundheitsförderung Mitarbeiter	Mitarbeiter verfügen über Wissen und Strategien zu einer gesunden Lebensführung	Permanente Aktivitäten, Angebote im Fortbildungsprogramm
Kliniken, Urologie	CIRS	Im ärztlichen Bereich Komplikationenerfassung / - statistik	permanent
Ganzer Betrieb	Eröffnung neue IPS mit erstmals einem Aufwachsaaal (8 Plätze) und Notfallstation mit einer Notfall- Bettenstation (8 Betten)	Qualitative Verbesserung der postoperativen Überwachung Keine Verlegungen von amb. Notfallpat. auf die Bettenstation und möglichst keine Verlegungen von Notfall- patienten in der Nacht	permanent
Ganzer Betrieb	Hausarzt-Notfallpraxis im neuen Notfall nach Konzept integriert	Zentrale Anlaufstelle für Notfälle der Hausärzte aus dem Einzugsgebiet	permanent
Kommentare			

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ganzer Betrieb STGAG	EFQM Projekt 1 Entwicklung neues Instrument für die Beurteilung und Förderung der Mitarbeiter Projekt 2 Erstellen von verbindlichen Grundlagen zum Prozess- management Projekt 3 Definieren von Medizinischen Outcome- Parameter	Committed to excellence	Herbst 2008 Ende 2009
Frauenklinik	Brustzentrum Thurgau etablieren	Nach Zertifizierung weiter entwickeln	2008 – auf Weiteres
Frauenklinik / Urologie	Blasenzentrum	Räumlich, operativ und organisatorisch erweitern	2009 - 2010
Medizin	Invasive Kardiologie	Angebot für Interventionen auf eine zusätzlichen Tag erweitern	2009 - 2010
Chirurgie	Proktologie	Räumlich ausbauen	2008 - 2009
Pflege	Bezugspflege	Umsetzungsphase einer patientenorientierten Pflege- Organisationsform, Verantwor- tung einer Pflegefachperson für den gesamten Aufenthalt eines Patienten	2008 bis Ende 2009
Kommentare			

→ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8 Schlusswort und Ausblick



9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	EFQM in der STGAG
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt sowie <input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Externe Qualitätsbegutachtung nach EFQM in der STGAG und individuell in allen vier Betrieben
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Detailgutachten erläutern die Verbesserungspotentiale der STGAG sowie des KSF. Davon abgeleitet sind Projekte auf Ebene STGAG und KSF initiiert (siehe vorgängige Beschreibung).
Projekttablauf / Methodik	Erstellung Selbstanalyse nach EFQM / 4 Tage externe Begutachtung inkl. vor Ort Besuch
Projektergebnisse	Detailgutachten liegt vor, Bewertung nach Punkten
Einsatzgebiet	X mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Der STGAG KSM, PDT, KSK X Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb X Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Projektelevaluation / Konsequenzen	Folgerung: committed to excellence Stufe bis Ende 2009 erreichen Bearbeiten von drei definierten Projekte als Ableitung aus den Gutachten, (siehe vorgängige Beschreibung)
Weiterführende Unterlagen	Selbstanalyse, Gutachten

Projekttitlel	Zertifizierung Brustzentrum Thurgau
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt sowie <input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Zertifizierung ISO 9001:2008 Angestrebt wird die Zertifizierung nach der Dt. Krebsgesellschaft / Dt. Gesellschaft für Senologie oder der EUSOMA..
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<p>Im Jahresplan Brustzentrum sind die verschiedenen Aktivitäten aufgeführt. Dies sind z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitätszirkel (4 im Jahr) - Morbiditätskonferenzen (8 im Jahr, mind. 8 Patientinnen) - Fortbildung für Niedergelassene/Zuweiser (2 im Jahr) - Veranstaltungen für Laien (1 im Jahr) - Fortbildung Pflege und MTAs über Themen Mammakarzinoms (4 Std. im Jahr) - Projektgruppensitzungen - Steuerungsgruppensitzung (mind. jährlich) <p>Es wird sehr grossen Wert auf die standortübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit aller im Brustzentrum beteiligter Disziplinen gelegt, um für die Patientinnen die Einhaltung hoher internationaler Standards zu sichern.</p> <p>Wöchentlich findet ein gemeinsames Tumorboard (Tumorkonferenz) mittels Telefonkonferenz statt, an welchem Fälle gemeinsam besprochen werden. Teilnehmer sind Fachärzte folgender Disziplinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gynäkologie - Radiologie - Pathologie - Strahlentherapie - Internistische Onkologie - Bei Bedarf rekonstruktive Chirurgie

	<p>- Bei Bedarf assoziierte Fachgruppen (z.B. Psychoonkologe, Pflege etc.). Mittels Ambucare findet die Patientenanmeldung und Protokollierung statt. Das Ergebnis des Tumorboards wird im Ambucare erfasst und steht den beteiligten Disziplinen zur Verfügung.</p> <p>Anlässlich der Morbiditätskonferenzen und der Qualitätszirkel (Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie bei Bedarf die Einweiser) werden kritische Verläufe analysiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet.</p> <p>Es findet eine Patientenbefragung statt, die monatlich ausgewertet wird. Mittels Formular „Protokoll über Fehler, Beschwerden und unerwartete Zwischenfälle“ können durch das Personal Fehler und Zwischenfälle gemeldet werden, damit diese in Zukunft nicht mehr wiederholt werden.</p> <p>Die obigen Aktivitäten dienen dazu, die Leistungsqualität laufend zu verbessern.</p>
Projekttablauf / Methodik	<p>Erstzertifizierung im Jahr 2009 erfolgt.</p> <p>Aufrechterhaltung der erhaltenen Zertifizierung durch die Firma Swiss TS (Ueberwachung & Re-Zertifizierung). 1. Ueberwachungsaudit nach einem Jahr 2010, 2. Ueberwachungsaudit nach zwei Jahren im 2011.</p> <p>Jahresplanung Brustzentrum über die Aktivitäten (siehe Beschreibung/Erläuterungen).</p>
Projektergebnisse	Erstzertifizierung. Kooperationsvereinbarung mit der Radiologie Spital Thurgau AG.
Einsatzgebiet	<p><input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? KSM</p> <p><input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?</p> <p><input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?</p>
Involvierte Berufsgruppen	Gynäkologen, Radiologien, Physiotherapie, MPA, MTA, OPS-Personal, Hygienefachfrau, Technischer Dienst, Einkauf
Projektevaluation / Konsequenzen	
Weiterführende Unterlagen	Brustzentrum QM-Handbuch im Intranet, Zertifizierungsbericht, Protokolle Projektgruppe, Protokolle Steuerungsgruppe, Bericht Internes Audit, QM-Bewertung/Management Review Bericht vor Erstzertifizierung.

10 Individuelle Anhänge

11 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge

11.1 *Qualitätsmanagementstrategie*

11.2 *Q-Schwerpunkte 2009*

11.3 *Erreichte Q-Ziele 2008*