

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



Spital Thurgau AG

Kantonsspital Münsterlingen
Postfach
8596 Münsterlingen

Nach den Vorgaben von



1	Inhaltsverzeichnis	1
2	Einleitung	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	4
3.1	Kontaktangaben	4
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	4
4	Kennzahlen	5
4.1	Versorgungsstufe	5
4.2	Personalressourcen	5
4.3	Fallzahlen	5
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	6
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	6
4.6	Top Ten- Eingriffe	7
4.7	Altersstatistik	7
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	8
4.9	Mortalitätszahlen	8
4.9.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung</i>	8
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	8
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	8
5	Zufriedenheitsmessungen	9
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	9
5.1.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	9
5.1.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	9
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	9
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
5.4	Zuweiserzufriedenheit	10
6	Qualitätsindikatoren	11
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	11
6.1.1	<i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape</i>	11
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation</i>	11
6.2	Infektionen	11
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	11
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	12
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	12
6.3	Komplikationen	13
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	13
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	13
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	14
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	14
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	14
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	15
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	15
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	15
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	15
7	Qualitätsaktivitäten	16
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	16
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	16
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	17
8	Schlusswort und Ausblick	18
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	19
10	Individuelle Anhänge	21
11	Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge	21
11.1	Qualitätsmanagementstrategie	21
11.2	Q-Schwerpunkte 2009	21
11.3	Erreichte Q-Ziele 2008	21

2 Einleitung

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 STG AG 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 STG 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.

Das Kantonsspital Münsterlingen betreut heute mit rund 1000 Mitarbeitenden bei 88'000 Pflergetagen ca. 11'500 stationäre und rund 60'000 ambulante Patienten und bewirtschaftet einen Umsatz von CHF 150 Mio. pro Jahr.

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.

Das KSM 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 KSM und unterstützen dadurch die Vernetzung und fördern die gute Zusammenarbeit.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
König Agnes	071 686 22 34	agnes.koenig@stgag.ch	Pflegedirektorin

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Fisch Markus	071 686 29 70	Makrus.fisch@stgag.ch	Leitung QE/OE	Individuell je nach Q-Projektverlauf
Röthlin Markus	071 686 26 10	Markus.roethlin@stgag.ch	Chefarzt Chirurgie	Individuell je nach Q-Projektverlauf
Kunz Stephan	071 686 23 91	Stephan.kunz@stgag.ch	Spitaldirektor	Individuell je nach Q-Projektverlauf
Krause Martin	071 686 21 71	Martin.krause@stgag.ch	Ärztlicher Direktor	Individuell je nach Q-Projektverlauf
König Agnes	071 686 22 34	agnes.koenig@stgag.ch	Pflegedirektorin	Individuell je nach Q-Projektverlauf

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Steuergruppe: STG AG definierte Steuergruppe, KSM: Spitaldirektion
Q-Kommission: STG AG Geschäftsleitung
Organisation Personen: Projektleitung und EFQM Kriterienverantwortliche (Total 22 Personen)
Organisation Inhalt: EFQM Selbstanalyse, Jahresziele, Jahresbericht

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
<input checked="" 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	129.9	Ohne Unterassistenten
Pflege	259.1	Davon 22.45 Lernende, ohne Praktikanten
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	297.5	Inklusive zentrale Dienste
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	119.9	Inkl. zentrale Dienste
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)		Integriert in die verschiedenen Bereiche

Kommentar zu den Personalressourcen

4.3 Fallzahlen

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

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen	
	Alter	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65		66 -
Medizin		14	1631	2089			11859	
Chirurgie		85	2552	2123			16277	Allg. Chir., Ortho, Uro, ORL, Ophtal
Pädiatrie		949	7				5329	
Gynäkologie, Geb. Hilfe		690	1110	86			7590	
Säuglinge		690						
Übrige							21101	Radiol., Physio, Patho, Labor
Gesamt								

Kommentar zu den Fallzahlen

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen	
Pflegetage	88417	Inkl. gesunde Säuglinge	
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.7 Tage		
Geburten (stationär und ambulant)	734		
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	X	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	607		Z38	Einling Geburt im Krankenhaus
2	391		O80	Spontangeburt
3	198		Z51	Strahlentherapie
4	191		K40	Doppelseitige Hernia inguinalis
5	186		K80	Gallenblasenstein mit akuter Cholecystitis
6	180		O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung
7	175		M17	Primäre Gonarthrose beidseits
8	172		M16	Primäre Koxarthrose
9	170		I63	Hirninfarkt durch Thrombose
10	157		S72	Schenkelhalsfraktur
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	191		8151	Totalendoprothese des Hüftgelenks
2	146		5123	Laparoskopische Cholecystektomie
3	142		8154	Totalendoprothese des Kniegelenks
4	142		6029	Sonst. Transurethrale Prostatektomie
5	125		4701	Laparoskopische Appendektomie
6	102		7932	Offene Reposition einer Fraktur an Radius und Ulna
7	89		5304	OP einer indirekten Inguinalhernie
8	74		7936	Offene Reposition einer Fraktur an Tibia und Fibula
9	71		3950	Angioplastik oder Artherektomie
10	70		282	Tonsillektomie ohne Adeniodektomie
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	530	468
2	2 bis 4	86	63
3	5 bis 9	128	76
4	10 bis 14	99	78
5	15 bis 19	175	184
6	20 bis 24	159	274
7	25 bis 29	145	350
8	30 bis 34	138	336
9	35 bis 39	159	311
10	40 bis 44	247	265
11	45 bis 49	287	263
12	50 bis 54	358	269
13	55 bis 59	363	294
14	60 bis 64	516	279
15	65 bis 69	463	323
16	70 bis 74	483	400
17	75 bis 79	510	475
18	80 bis 84	422	467
19	85 bis 89	258	373
20	90 bis 94	84	147
21	95 und älter	9	32
Gesamt		5619	5727

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)	0.900
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	6663	
Notfälle ambulant und teilstationär		Wird nicht erhoben
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	1321	
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	-	
Verlegungen in ein anderes Spital	410	
Austritte nach Hause	9198	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	1738	
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 type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen				Erste Befragung mit PEQ Kurzfragebogen 2009

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
KSM	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen mit Fragen zu Organisation Eintritt / Austritt, Betreuung durch Ärzte, Pflege und Therapie, die Hotellerie, zum Austritt und über den Gesamteindruck	Abgabe Fragebogen bei Austritt der Patienten mit Rückantwort-Couvert an neutrale Stelle	Intern, April-Juni 2008	Drei Monate	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte	86.30	sechs Fragen
Pflege	92.40	acht Fragen
Organisation	93.30	sechs Fragen zu Eintritt und sechs Fragen zu Austritt
Hotellerie	84.90	vier Fragen
Öffentliche Infrastruktur Gesamteindruck	92.80	Fragen zu Besuchszeiten, Beurteilung Zusammenarbeit Ärzte / Pflege, Respektierung Privatsphäre etc.
Kommentar		
Letzte validierte Messung 2006 mit MECON. Resultate gemäss 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 drei Jahre	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	70.50	
Pflege	62.20	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	63.50	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	63.00	Nur Verwaltung ohne Hotellerie. Die Hotellerie ist in die Befragung der PDT integriert
Gesamtinstitution	63.60	
Kommentar		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert					

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution		
Kommentar		
Eine systematische und kontinuierliche Zufriedenheitsmessung wird nicht geführt.		
Bei Veränderungen der Zuweisungsgewohnheiten 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
11'551	647	5,60%	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

Auswertungen erfolgen intern durch das Medizincontrolling.

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		Interne Messungen; Beteiligung Swiss Noso auf 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	Mess-periodizität	Bemerkungen
Chirurgie: AQC	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Infektionen werden innerhalb AQC-Statistik systematisch erfasst und ausgewertet	Jährliche statistische Erfassung	permanent	
Frauenklinik: Arbeitsgemeinschaft für Statistik der schweizerischen Frauenklinik (ASF)	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erfassung postoperative Infektionen	Jährliche statistische Erfassung	permanent	
Orthopädie:	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fortlaufende Meldung und Überprüfung der Protheseninfekte durch die Abteilung für Infektiologie der Medizinischen Klinik Teilnahme an einer schweizweiten Infekt-Kontroll-Studie mit den Hüftendoprothesen	Jährliche statistische Erfassung	permanent	
Urologie:	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Erfassung der Infekte nach Prostatastanzbiopsie	Jährliche statistische Erfassung	permanent	
Medizin:	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Infektkontrollstudie HIV-Kohortenstudie Systematische, präventive Erfassung MRSA, ESBL, TBC und Clostridium difficile	Jährliche statistische Erfassung	permanent permanent permanent	

Resultate

Chirurgie: Infektrate liegt im internationalen Vergleich

Frauenklinik: Resultate zu Anzahl Nachblutungen, notwendigen Revisionen, postoperativen Infektionen liegen vor

Orthopädie: Dokumentation und periodische Auswertung. Protheseninfekte KSM < 2%

Urologie: Infektrate liegt im internationalen Vergleich

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 gemäss chirurgischen Guidelines	
Frauenklinik: perioperative, antibiotische Abschirmung gemäss gynäkologischen Guidelines	
Orthopädie: regelmässige Luftkeimzahl-Messungen, stichprobenartige, unregelmässige Abklatschkulturen der Hände, Operation unter Laminarairflow und perioperative antibiotische Abschirmung gemäss orthopädischen Guidelines	
Urologie: perioperative, antibiotische Abschirmung gemäss urologischen Guidelines	
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, inklusive Wundinfekte

Name des Anbieters	Entwick- lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess- periodizität	Bemerkungen
Chirurgie: Swissvasc AQC	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erfassung in Aufteilung Traumatologie, Visceralchirurgie, Gefässchirurgie und sonstiges Komplikationsstatistik	Jährliche statistische Erfassung	permanent	Vorstellung in der Klinik
Frauenklinik: ASF-Statistik Brustzentrum- Datenbank	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erfassung durch Breast- Care-Nurse	Jährliche statistische Erfassung	permanent	Vorstellen in der Klinik
Urologie: Schweizweite Studie BAG	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Prospektive Erfassung der radikalen Prostatektomien und Brachytherapien	Statistische Erfassung	permanent	Läuft erst seit 2008
Medizin: Gastroenterologie Kardiologie, PM-ICD	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Prospektive Erfassung ERCP und PEG- Einlagen Prospektive Erfassung Pacemaker-Einlage	Jährliche statistische Erfassung	permanent	Vorstellen in der Klinik
Ganzes Spital	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	CIRS	Quartalsweise interne Auswertung	permanent	Vorstellen in der Klinik Publikation CIRS und Lösungen im Intranet

Resultate

Chirurgie: Daten der gefässchirurgisch operierten Patienten (inklusive Komplikationen) sind in der schweizerischen Datenbank „Swissvasc“ erfasst, nationaler Benchmark.

Frauenklinik: perinatologische Daten (Azidose-, Sectio-, Missbildungs-, Frühgeburtshäufigkeit, Dammrissrate, Mortalitätsrate).

Urologie: Daten werden von der urologische Klinik St. Gallen erfasst, Benchmark

Kommentar

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und –Instrumente:
	Präventionsmassnahmen sind oft identisch mit den Infekt-Präventionsmassnahmen Regelmässige Auswertungen, CIRS-Besprechungen und „Follow-up“ Planung Chirurgie, Orthopädie: Stringentes Umsetzen des „Team-Time-Out“ vor Schnitt

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input checked="" 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 of Falls by the Elderly, 1987)

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
KSM	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzrate pro 1000 Pflgetage, pro Patient	Januar 2009	1.1.2008 – 31.12.2008	

Resultate	
Anzahl Stürze:	267
Anzahl Patienten	9923
Anzahl Pflgetage	78629
Sturzrate pro 1000 Pflgetage	3,4
Sturzrate pro 1000 Patienten	26,9

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
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Umsetzung systematische Sturzprävention <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikoerfassung bei allen Patienten ○ Erweiterte Risikoeinschätzung bei gefährdeten Patienten anhand Hendrich-Skala ○ Individuelle Interventionsplanung ○ Hilfsmaterial (wie z.B. Antirutschmatte, Antirutschsocken, Hüftprotektor, Alarmmatte etc.)

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input checked="" 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
KSM	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Dekubitusrate pro 1000 Pflgetage, pro Patient	Januar 2009	1.1.2008-31.12.2008	

Resultate	
Anzahl Dekubitus:	72
Anzahl Patienten	9923
Anzahl Pflgetage	78629
Dekubitusrate pro 1000 Pflgetage	0,92
Dekubitusrate pro 1000 Patienten	7,26
Kommentar	

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Umsetzung systematische Dekubitusprävention <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikoerfassung bei allen Patienten ○ Erweiterte Risikoeinschätzung bei gefährdeten Patienten anhand Braden-Skala ○ Individuelle Interventionsplanung ○ Hilfsmaterial (wie z.B. spezielles Lagerungsmaterial, Spezialmatratzen etc.)

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		
Stillfreundliches Spital	UNICEF	2008	2003	
OP / Zentralsterilisation	SWISSSTS ISO 13485:2003/AC2007	Dezember 2008	2005	
Rettungsdienst	IVR	August 2007		
Labor	SWISSMEDIC	Geplant 2008, durchgeführt Juni 2009	2000	Aufgrund fehlender Inspektoren bei SWISS MEDIC Re-Zertifizierung erst nach neun Jahren
Mikrobiologie / Infektionsserologie	Ringversuche gemäß Vorgabe QUALAB ISO 172025		2007	
	H+ 17025	2008	2007	
Blutspende	Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS), SECO)	Re-Akkreditierung Januar 2008	2007	
Gesamtspital / Spitalverbund	1. Selbstbewertung auf Verbundebene	Herbst 2008	Standorte individuell, KSM 2004	

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Gesamtspital	CIRS	Entwickeln Fehlerkultur, Vermeiden, Reduktion von Fehlern, Identifikation von Risikobereichen und entsprechende Verbesserungen planen, umsetzen	Permanente Aktivität
Gesamtspital	Ideenmanagement	Mitarbeiter beteiligen sich aktiv an der Verbesserung der Leistungsqualität für Patienten	Permanente Aktivität
Gesamtspital	Gesundheitsförderung	Mitarbeiter verfügen über Wissen und Strategien zu einer gesunden Lebensführung	Permanente Aktivität
Gesamtspital	Prozessmanagement	Entwickeln eines kontinuierlichen, zielorientierten Prozessmanagement, Förderung der Prozessorientierung, laufende Prozessoptimierung, Klärung, Reduktion Schnittstellen	Permanente Aktivität
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)
Gesamtspital / Spitalverbund	EFQM 1. Entwickeln neues Instrument für die Beurteilung und Förderung der Mitarbeiter 2. Erstellen verbindliche Grundlagen zu Prozessemanagement 3. Definieren medizinischer Outcome-Kriterien	Committed to Excellence	Herbst 2008 bis Ende 2009
Gesamtspital / Spitalverbund	Homepage	Verbesserung des Internet-Auftritts und einheitliche Positionierung der STG AG in der Öffentlichkeit	Herbst 2008 bis Februar 2009
Gesamtspital	Patientenmanagement KSM	Sämtliche Prozesse die den Patienten während seiner Behandlung im Spital begleiten werden systematisch erfasst, wo nötig optimiert und gemanagt. Die Erfassung und Optimierung erfolgt unter dem Aspekt des Patientenpfades	2006 bis Ende 2008
Gesamtspital	Ethische Fallbesprechungen	Strukturierte, moderierte Fallbesprechungen mit dem Behandlungsteam um in ethischen Dilemmasituationen gemeinsam zur ethisch vertretbaren Entscheidungsfindung zu gelangen	2007 bis 2008
Pflege	Bezugspflege	Einführung patientenorientierte Pflege-Organisationsform, Verantwortung durch eine Pflegefachperson für den gesamten Aufenthalt eines Patienten	2007 bis 2008
Frauenklinik	Brustzentrum Thurgau	Weiterentwicklung nach der Zertifizierung	
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

Projekttitel	Patientenmanagement KSM	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Sämtliche Prozesse die den Patienten während seiner Behandlung im Spital begleiten werden systematisch erfasst, wo nötig optimiert und gemanagt. Die Erfassung und Optimierung erfolgt unter dem Aspekt des Patientenpfades	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Schriftlich fixierte Patientenpfade halten „Know-how“ fest, machen dieses jederzeit verfügbar und anwendbar, vereinfachen die Komplexität des Behandlungsprozesses und verringern damit die Fehlerwahrscheinlichkeit. Diese Transparenz über den Behandlungsablauf ist für das Behandlungsteam hilfreich und unterstützt insbesondere die Einführung neuer Mitarbeiter. Patientenpfade dienen zudem als Grundlage für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und als wichtiges Instrument zu einem effektiven Prozessmanagement. Die softwaregestützte, verständliche Prozessmodellierung ermöglicht die bildliche Illustration von Prozessen um Abläufe und Zusammenhänge transparent zu machen. Dies unterstützt eine prozess-, und patientenorientierte Sichtweise und dient gleichzeitig als Diskussionsgrundlage der an den Prozessen beteiligten Personen.	
Projektablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> – Pilotprojekt Chirurgie – Erfassung der Kernprozesse (Pflege/Ärzte) in Untergruppen (sämtliche Kliniken) – Ergänzung der Patientenpfade durch die Prozesse der verschiedenen, am Behandlungsprozess beteiligten Bereiche – Identifikation komplexer Schnittstellen – Optimierung der Prozesse und Schnittstellen – Erfassung und Darstellung der Prozesse und Patientenpfade im Prozessmanagement-Tool Viflow® – Publikation im Intranet – Umsetzung und Evaluation in Anschlussprojekt 	
Projektergebnisse	Die wichtigen administrativen, medizinischen und pflegerischen Prozesse sind erfasst. Einige Prozessoptimierungen sind vorgenommen. Insgesamt sind ca. 150 diagnosebasierte Patientenpfade – und damit die Behandlungsabläufe der wichtigsten medizinischen Diagnosen und Operationen der Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Frauenklinik und Pädiatrie abgebildet. Die medizinische Klinik erstellte keine Patientenpfade sondern bearbeitete die relevanten Prozesse. Ebenfalls für die Notfallstation, die Patientenadministration, den OP und die Anästhesie wurden die wichtigsten Prozesse erfasst und dargestellt.	
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	Alle	
Projektevaluation / Konsequenzen	Vorgehen hat sich bewährt. Folgerung: Zur Fortsetzung der Prozessoptimierung, bzw. Einführung eines kontinuierlichen Prozessmanagement – Bildung des Prozessmanagement – Zirkel KSM ab 2009	
Weiterführende Unterlagen	Projektschlussbericht, Publierte Patientenpfade Intranet KSM	

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 KSM. Davon abgeleitet sind Projekte auf Ebene STGAG und KSM 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	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Weitere Betriebe der STGAG KSF, PDT, KSK <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> 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 - Bei Bedarf assoziierte Fachgruppen (z.B. Psychoonkologe, Pflege etc.). <p>Mittels Ambucare findet die Patientenmeldung 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</p>

	<p>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>
Projektablauf / 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. Kantonsspital Frauenfeld KSF</p> <p><input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?</p> <p>.....</p>
Involvierte Berufsgruppen	Gynäkologen, Radiologien, Physiotherapie, MPA, MTA, OPS-Personal, Hygienefachfrau, Technischer Dienst, Einkauf
Projektevaluation / Konsequenzen	
Weiterführende Unterlagen	Brustzentrum QM-Handbuch im Intranet, Patientenpfade, Zertifizierungsbericht, Protokolle Projektgruppe, Protokolle Steuerungsgruppe, Bericht Internes Audit, QM-Bewertung/Management Review Bericht vor Erstzertifizierung.

10 Individuelle Anhänge

Keine

11 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge

11.1 Qualitätsmanagementstrategie

11.2 Q-Schwerpunkte 2009

11.3 Erreichte Q-Ziele 2008