



Spital Thurgau AG



Akutsomatik

Kantonsspital Münsterlingen
Postfach
8596 Münsterlingen

Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C1	Kennzahlen Akutsomatik	6
C2	Kennzahlen Psychiatrie	6
C3	Kennzahlen Rehabilitation	6
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
D1	Zufriedenheitsmessungen	7
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	8
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	9
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	10
D2	ANQ-Indikatoren	11
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	11
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	11
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	12
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	12
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	13
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	14
D5	KIQ-Pilotprojekte	15
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	15
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	15
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	16
E1	Pflegeindikatoren	16
E1-1	Stürze	16
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	16
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	17
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	17
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	17
F	Verbesserungsaktivitäten	18
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	18
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	19
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	20
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	21
G	Schlusswort und Ausblick	24
H	Impressum	25
I	Anhänge	27



Das Kantonsspital Münsterlingen bildet zusammen mit dem Kantonsspital Frauenfeld, den psychiatrischen Diensten Thurgau und der Klinik St. Katharinental die Spital Thurgau AG (STGAG). Als Grundversorger des Kantons hat die STG AG 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 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 Pflgetagen 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.

Im Januar 2009 hat die Geschäftsleitung der STGAG entschieden, die Verpflichtung zu Excellence „Committed to Excellence“ – das erste Level der EFQM Zertifizierung – anzustreben und die Vorbereitung erfolgte 2009. Es wurden drei betriebsübergreifende Projekte eingereicht und die Validierung geplant (Erfolgreiche Validierung erfolgte im Januar 2010).

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.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Als Grundversorger des Kantons hat die Spital Thurgau AG die Aufgabe, jederzeit und für alle Kantonseinwohner medizinische und psychiatrische Dienstleistungen zu erbringen. Die Vision orientiert sich an der Kultur für Excellence, die Dienstleistungen in hervorragender Qualität und mit hohem Anspruch an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu erfüllen. Dabei sollen zukunftsweisende Innovationen das gute Image der STGAG schweizweit weiter verstärken. Das EFQM Modell ist inzwischen die verbindliche Grundlage des Qualitätsmanagement aller vier Betriebe der STGAG. Nach dem Entscheid, dass alle Betriebe der STGAG ihre Qualitätsarbeit mittels dem Modell der EFQM nachweisen, folgte im Jahr 2007 der Entscheid der Geschäftsleitung, das Qualitätsmanagement der vier Betriebe aufeinander abzustimmen und eine gemeinsame Begutachtung anzustreben. Nach der Erarbeitung von vier Selbstanalysen wurde die STGAG im Oktober 2008 von einem externen Gutachtergremium visitiert. Um diesen Erfolg in der STGAG nachhaltig sicherzustellen, hat die Geschäftsleitung im Januar 2009 entschieden, die EFQM Zertifizierung „Committed to Excellence“ anzustreben.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Aus den Verbesserungspotentialen der Qualitätsbegutachtung nach EFQM 2008 haben die EFQM-Verantwortlichen der Betriebe der STGAG verschiedene Massnahmen abgeleitet und in die GL eingereicht. Die GL hat sich für die Umsetzung folgender drei Projekte entschieden:

- Projekt 1: Überarbeitung Instrument zur Mitarbeiter Beurteilung und Förderung (B&F)
- Projekt 2: Verbindliche Grundlagen Prozessmanagement STGAG
- Projekt 3: Messungen „Medical Outcome“

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Die Anmeldung für die EFQM Zertifizierung „Committed to Excellence“ an SAQ erfolgte 2009. Die Abgabefrist aller Vorgaben der SAQ war auf den Dezember 2009 gesetzt. Die drei Projekte wurden 2009 abgeschlossen und die Projektberichte konnten fristgerecht, Ende 2009, eingereicht werden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterarbeit in der Messung von „Medical Outcome“

Ein Antrag an die Geschäftsleitung der STGAG für die nächsten Ziele im Qualitätsmanagement ist eingereicht. Das Ziel ist die nächste EFQM Stufe – Recognized für Excellence – anzustreben

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: Steuergruppe: STG AG definierte Steuergruppe, KSM: Spitaldirektion Q-Kommission: STG AG Geschäftsleitung Organisation Personen: Projektleitung und EFQM Kriterienverantwortliche (Total 22 Personen)
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Fisch Markus	071 686 29 70	Markus.fisch@stgag.ch	Leitung QE/OE
Röthlin Markus	071 686 26 10	Markus.roethlin@stgag.ch	Chefarzt Chirurgie
Kunz Stephan	071 686 23 91	Stephan.kunz@stgag.ch	Spitaldirektor
Krause Martin	071 686 21 71	Martin.krause@stgag.ch	Ärztlicher Direktor
König Agnes	071 686 22 34	agnes.koenig@stgag.ch	Pflegedirektorin

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	60'053	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	21	
Anzahl stationäre Patienten	11'776	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	717	
Anzahl Pflage tage gesamt	89'209	
Bettenanzahl per 31.12.	261	Nur Erwachsenenbetten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.6	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	90%	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte	KS Münsterlingen	

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflage tage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahme pflicht		☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



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

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



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

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
X	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
X Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt -> Beteiligung PEQ 09 mit MECON.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:	
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:	

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Bereich Ärzte	5,37 Punkte	Der Fragebogen enthält 13 Fragen zu den Bereichen ärztliche Versorgung, pflegerische Versorgung und Organisation, Management und Service. Die Patientinnen und Patienten bewerteten die Fragen auf einer Skale von 1 (= sehr schlecht) bis 6 (sehr gut)
Bereich Pflege	5,44 Punkte	
Bereich Organisation und Service	5,24 Punkte	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument			
☐ Picker	Name des Instrumentes	PEQ09 Verein Outcome, Messung vom Juni bis September 2009 Kurzfragebogen	Name des Messinstitutes	1'200 Fragebogen versandt Gesamtergebnisse vom Verein Outcome noch nicht erhalten!
X VO: PEQ				
☐ MüPF(-27)				
☐ POC(-18)				
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Schriftliche Befragung mit standardisiertem Kurzfragebogen		
Einschlusskriterien		Patienten => 18 J., stationärer Aufenthalt mind. 3 Tage, Austritt nach Hause		
Ausschlusskriterien		Patienten, die Einschlusskriterien nicht erfüllen, Verlegungen, Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose		
Rücklauf in Prozenten		51,8%		
Erinnerungsschreiben?		X Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
☐	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	X Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2007	Nächste Messung: 2010
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
☒	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
☐	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.			
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:		Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



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

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
X	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
	☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
	X	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Akutspitäler KSM und KSF

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☐ Hernieoperation		
X Operation am Dickdarm		
X Kaiserschnitt		
☐ Herzchirurgie		
X Hüftgelenksprothesen		
☐ Kniegelenksprothesen		
X Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
X Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.		
X	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.		
	☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
	X	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Akutspitäler KSM und KSF

Infektions-Messthema	Alle Bereiche postoperative Infektionen		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Gemessene Abteilungen:	Chirurgie, Orthopädie, Frauenklinik, Urologie	Ergebnis:	Sind bei den CA's online vorhanden
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
X Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
X Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
X internes Instrument	Name des Instrumentes:	Urologie und Orthopädie eigene Datenbank
X externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	AQC, AFS, Brustzentrum Datenbank

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



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

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Gesamte Spitalgruppe (KSM, KSF, PDT, KSK)		
Gemessene Abteilungen:	Diverse Abteilungen aller vier Betriebe	Ergebnis:	Validierungsbericht schriftlich
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:	Anerkennung zur Verpflichtung zu Excellence	
☒ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	SAQ	

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

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	KSM		
Gemessene Abteilungen:	Alle Bereiche	Ergebnis:	Massnahmen umgesetzt, Mängel behoben
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:	Checkliste Gefahrenermittlung	
☒ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	H+ Branchenlösung	

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

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Monitoring und Register

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
Bemerkungen			

Legende:

¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend

B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.

C=einzeln Abteilung

² A=Fachgesellschaft

B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE

C=betriebseigenes System

³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr

B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009

C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



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

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

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja	Gewählte Messvariante: ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☐ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: ☐ Lendenwirbelsäule (LWS) ☐ Halswirbelsäule (HWS) ☐ Untere Extremitäten (UEX) ☐ Obere Extremitäten (OEX) ☐ ganzer Körper (SYS)
☐ ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
☐ nein	



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		Sturzprävention			
Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Gesamte Spitalgruppe (KSM, KSF, PDT, KSK)			
Gemessene Abteilungen:		Alle Bettenstationen KSM			
Ergebnis gesamt:	256	Anteil mit Behandlungsfolgen:		103 oder 40%	Anteil ohne Behandlungsfolgen:
3,2 Stürze auf 1000 Pflgetage					153
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	Eigenes Sturzerfassungsformular
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Auswertung mit EvaSys

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis gesamt: Gesamt 150 1,88 Dekubitus auf 1000 Pflgetage
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung (extern entstandene Dekubitus)	87	6	39	13	5
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution (KSM-intern entstandene Dekubitus).	63	32	30	1	0
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	Systematische Dekubitusprävention gemäss Konzept				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	Eigenes Dekubituserfassungsformular
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	☐ Richtlinien bestehen.	☐ Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Frauenklinik, Brustzentrum	ISO 9001:2008	März 2009		
Stillfreundliches Spital	UNICEF	2003	2008	
ZSVA	SWISS STS ISO 13485:2003/AC2007	2005	2008	Re-Zertifizierung erfolgte im Mai 2010
Rettungsdienst	IVR	2007	2009	
Labor für Patientenanalytik	H+ 17025 (Ringversuche und Laborleitung gemäß Vorgaben QUALAB ISO/EC 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	zuvor CSL Behring, CH
	CSL Plasma, Deutschland ISO/IEC 17025	2010	2010	
	Swissmedic ISO/IEC 17025	2003	2009	

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Gesamtspital	CIRS	Fehlervermeidung, Fehlerkultur	Permanente Aktivität
Operierende Kliniken, OP, IPS, Notfall und Rettungsdienst	Risikoanalyse	Analyse über die betriebsspezifischen Risiken	Bericht Risikoprofil liegt vort. Massnahmen zur Risikoprävention umgesetzt.
Gesamtspital	Ideenmanagement	Innovative Ideen der Mitarbeiter sind aufgenommen	Permanente Aktivität
Gesamtspital	Gesundheitsförderung	Mitarbeiter verfügen über Wissen und Strategien zur gesunden Lebensführung	Permanente Aktivität
Gesamtspital	Patientenmanagement	Transparente und effiziente Prozesse im gesamten Spital	Permanente Aktivität
Gesamtspital	Ethikforum	Unterstützung in komplexen Situationen mit ethischen Fragestellungen ist gewährleistet	Permanente Aktivität

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamter Spitalverbund	EFQM Projekte 1. Entwicklung neues Instrument für die Beurteilung und Förderung der Mitarbeiter 2. Definieren von Medizinischen Outcome-Parametern 3. Verbindliche Prozessmanagement Grundlagen	Comitted to Excellence Evaluation Instrument und Definition Einsatz 2010. Integration in Firmenvertrag	Erreicht 2010
		Weiterführung der Messung und Messung von weiteren Outcome – Parametern	2010
		Umsetzen der Grundlagen	2010
Gesamter Spitalverbund	Klinikinformationssystem	Einführen eines KIS in drei Etappen	2010 - 2012
Gesamter Spitalverbund	Palliativstation für den Kanton Thurgau	Aufbau und Entwicklung einer Palliativstation im Akutspital	2010 - 2011
Operierende Kliniken, OP, IPS, Notfall und Rettungsdienst	Re-Evaluation Risikomanagement	Überprüfen Umsetzungserfolg und neue Beurteilung Risikoprofil	2010 - 2011
Pflege Bettenstationen	Evaluation Pflegeorganisation und Grade- und Skillmix der Pflegeteams	Überprüfen Umsetzungserfolg und neue Beurteilung Grad Konzeptumsetzung	2010 - 2011
OP-und Anästhesie KSM, KSF	Aufbau und Entwicklung systematischer OP- und Anästhesiestatistik	Übersichtliche Statistik über die wichtige Kennzahlen OP- und Anästhesie	2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitel	Medical Outcome														
Bereich	☒ internes Projekt STGAG ☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)														
Projektziel	Outcome-Messungen (Ergebnisqualitäts-Messungen), möglichst nach (international) anerkannten und referenzierten Standards Zu erwartender Nutzen: Patientenorientierte Messung der Qualität der Leistungserbringung Objektive Beurteilung der Leistungserbringung Optimierungen in Bezug auf die Leistungserbringung														
Beschreibung	Die STGAG will einerseits die Outcome Messungen als gute Grundlage etablieren, um damit ihre Qualität der (Dienst-)Leistungen objektiv zu fördern. Andererseits sind die Outcome Messungen auch eine Chance mit nationaler Signalwirkung, sofern der echte Patientennutzen damit effektiv transparenter gemacht werden kann.														
Projektablauf / Methodik	<table border="0"> <tr> <td>Start</td><td>April 2009</td></tr> <tr> <td>Grundlagen erarbeitet</td><td>Juni</td></tr> <tr> <td>Datenerfassung für ausgewählte Kriterien</td><td>Juli</td></tr> <tr> <td>Schrittweiser Ausbau des Kriterienkatalogs</td><td>August</td></tr> <tr> <td>Erste Datenauswertung und –analyse</td><td>anfangs Dez.</td></tr> <tr> <td>Abschluss und „roll-Out“</td><td>Dez.</td></tr> <tr> <td>Ende</td><td>Dez. 2009</td></tr> </table>	Start	April 2009	Grundlagen erarbeitet	Juni	Datenerfassung für ausgewählte Kriterien	Juli	Schrittweiser Ausbau des Kriterienkatalogs	August	Erste Datenauswertung und –analyse	anfangs Dez.	Abschluss und „roll-Out“	Dez.	Ende	Dez. 2009
Start	April 2009														
Grundlagen erarbeitet	Juni														
Datenerfassung für ausgewählte Kriterien	Juli														
Schrittweiser Ausbau des Kriterienkatalogs	August														
Erste Datenauswertung und –analyse	anfangs Dez.														
Abschluss und „roll-Out“	Dez.														
Ende	Dez. 2009														
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?														
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegekader,														
Projektevaluation / Konsequenzen	Committed to excellence														
Weiterführende Unterlagen	Messungen werden gemäss Projektunterlagen und –strukturen erweitert														

Projekttitel	Prozessmanagement Grundlagen STGAG													
Bereich	☒ internes Projekt STGAG	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)												
Projektziel	1. Prozessrichtlinien für die STGAG liegen als einheitliche Grundlage für die Implementierung von Prozessmanagement vor Zu erwartender Nutzen: 1. Verbindliche Grundlagen zu Prozessmanagement fördern die Prozessorientierung und unterstützen ein zielgerichtetes Prozessmanagement in den einzelnen Betrieben 2. Empfehlungen und Arbeitsgrundlagen dienen der effizienten Implementierung von Prozessmanagement, bzw. der Erarbeitung von Patientenpfaden													
Beschreibung	Die Auseinandersetzung mit den Geschäfts- und Arbeitsprozessen hat zum Ziel: • Abläufe zu optimieren und abzubilden • Prozess-Ressourcen zu erkennen und positiv zu nutzen • Schnittstellen zu definieren, interdisziplinär zu überwinden und ... • Prozess- und Arbeitsqualität im Sinne der Kunden- / Patienten- und Mitarbeiterorientierung zu verbessern.													
Projektablauf / Methodik	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Start</td><td style="width: 40%;">April 2009</td></tr> <tr> <td>Definition Zielsetzung „Prozessmanagement STGAG“</td><td>Mai</td></tr> <tr> <td>Festlegen Inhalt Grundlagen Prozessmanagement STGAG</td><td>Mai</td></tr> <tr> <td>Erarbeiten und Zusammenstellen Inhalt Prozessmanagement</td><td>September</td></tr> <tr> <td>Vernehmlassung der Prozessmanagement Grundlagen</td><td>Oktober</td></tr> <tr> <td>Ende</td><td>Nov. 2009</td></tr> </table>		Start	April 2009	Definition Zielsetzung „Prozessmanagement STGAG“	Mai	Festlegen Inhalt Grundlagen Prozessmanagement STGAG	Mai	Erarbeiten und Zusammenstellen Inhalt Prozessmanagement	September	Vernehmlassung der Prozessmanagement Grundlagen	Oktober	Ende	Nov. 2009
Start	April 2009													
Definition Zielsetzung „Prozessmanagement STGAG“	Mai													
Festlegen Inhalt Grundlagen Prozessmanagement STGAG	Mai													
Erarbeiten und Zusammenstellen Inhalt Prozessmanagement	September													
Vernehmlassung der Prozessmanagement Grundlagen	Oktober													
Ende	Nov. 2009													
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?													
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb													
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?													
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?													
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsverantwortliche aller Betriebe, Pflegedirektorin, Arzt Pflegeexpertin, wissenschaftliche MA													
Projektevaluation / Konsequenzen	Committed to excellence													
Weiterführende Unterlagen	Handbuch Prozessmanagement Grundlagen STGAG													

Projekttitel	Risikoanalyse	
Bereich	X internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Differenzierte Risikobeurteilung	
Beschreibung	Erkennen, reduzieren und beseitigen von individuellen Risiken Entwickeln eines proaktiven und prospektiven klinischen Risiko-Management Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hat die Spitaldirektion des Kantonsspitals Münsterlingen ein Unternehmen für Risikoberatung beauftragt, im Januar 2009 eine Risikoanalyse in verschiedenen klinischen Bereichen durchzuführen. Als Basis für ein derartiges Risikoprofil eines Unternehmens diene ein Datenpool mit tausend Haftpflichtfällen	
Projektablauf / Methodik	Als zweites Spital in der Schweiz wurden das Kantonsspital Münsterlingen in verschiedenen Abteilungen einer umfassenden Analyse unterzogen. Während vier Tagen untersuchte ein Fachteam die internen Abläufe der Bereiche Anästhesie, Operationssaal, Postoperative Behandlung und Pflege, Gebärsaal, Intensiv und Notfallmedizin. Behandlungsabläufe wurden begleitet und kritisch hinterfragt, Dokumentationswege auf mögliche Risiken hin durchleuchtet und gängige Standards kontrolliert.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	X einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? ▪ Risikoanalyse in den klinischen Bereichen: ▪ Anästhesie ▪ OP ▪ Postoperative Behandlung und Pflege ▪ Gebärsaal ▪ Intensiv- und Notfallmedizin inkl. Notfallambulanz und Diagnostik	
Involvierte Berufsgruppen	Alle	
Projektevaluation / Konsequenzen	▪ Nach Abschluss wurde ein Bericht über die Ist-Situation vorgelegt ▪ Risikoeinstufung orientierte sich an den Erfahrungen aus der breiten Analyse zahlreicher Haftpflichtfälle von mitteleuropäischen Gesundheitsdienstleistern ▪ Zu jedem Themenkomplex wurden vorhandene Risiken und bereits umgesetzte Präventionsmassnahmen dargestellt und erläutert ▪ Von 520 geprüften Punkten wurden 32 als Risiken identifiziert ▪ Abgabe von Empfehlungen zur Optimierung der Risikoprävention ▪ Wahrscheinlichkeit des Schadens, Relevanz des Risikos und die Priorität für die Umsetzung wurden kategorisiert Dies bildete die Grundlage für konkrete Handlungsschritte, zur Optimierung der Risikoprävention. Eine Re-Evaluation zur erneuten Beurteilung der Risiko-Situation im Kantonsspital Münsterlingen ist für das 3. Quartal 2010 geplant	
Weiterführende Unterlagen		



Schlusswort und Ausblick



Freitextfeld



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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



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

Partner



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

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge