



KLINIK SEESCHAU AG

**Bernrainstr. 17
CH-8280 Kreuzlingen TG**



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	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C1	Kennzahlen Akutsomatik	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
D1	Zufriedenheitsmessungen	7
D1-1	Patientenzufriedenheit	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
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	15
E1	Pflegeindikatoren	15
E1-1	Stürze	15
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	15
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	16
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	16
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	16
F	Verbesserungsaktivitäten	17
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	17
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	17
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	18
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	19
G	Schlusswort und Ausblick	20
H	Impressum	21

A

Einleitung

Das interne **Qualitätsmanagement** ist für die Klinik Seeschau ein zentrales Instrument zur fortlaufenden Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität unserer Leistungen.

Wir haben einen Terminplan für die Einführung des Qualitätsmanagement auf der Basis der EFQM Richtlinien bis Ende 2010. Wir erarbeiten die Prozesse und deren Kontrolle mit der Software WINFEE.

Auf der Grundlage von umfassenden internen und externen Erhebungsverfahren ermitteln wir die Qualität unserer Leistungserbringung und leiten gezielte Verbesserungsmassnahmen ein.

Alle Mitarbeiter sind in diesen Prozess integriert und alle Fachabteilungen sind mit Ihren leistungserbringenden Teams motiviert, Verbesserungsvorschläge und Optimierungspotenziale zu erfassen und umzusetzen.

Wir streben nach der kontinuierlichen Fehlererfassung und der daraus folgend Nutzung zur Fehlervermeidung, was eine interdisziplinäre und interprofessionelle Nutzung eines systematischen Verbesserungsprozesses erst möglich macht.

Die Unternehmensziele und Strategien entstehen aus der neu erstellten Vision der Klinik Seeschau AG und diese dienen als ein Bindeglied zwischen der normativen und der operativen Leistungsebene.

Die Vernetzung mit externen Leistungserbringern, der Kontakt zu unsern Kunden, Zuweisenden Aerzten unseren Belegärzten und Mitarbeitern sowie den Kostenträgern hat oberste Priorität im Rahmen unserer Unternehmensziele.

Zur Qualitäts-Sicherung bieten wir unseren Mitarbeitern regelmässig Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an, die Supervisionen und Fallbesprechungen ermöglichen Arbeits- und Projektgruppen sind weitere Elemente zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagement Systems gibt uns die Möglichkeit, Optimierungspotenziale frühzeitig zu erkennen und mit den fortschreitenden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen in der Schweiz folgen zu können.

Klinik Seeschau AG
Direktion
CH-8280 Kreuzlingen TG



B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Qualitätsmanagement wurde im 2009 von der Geschäftsleitung als prioritäres Strategieziel in den einzelnen Fachbereichen als Zielvorgabe eingeführt. Aufbauend auf die bestehenden Strukturen wurde per Ende 2009 die Software WINFEE als Führungsinstrument eingeführt.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon, Patientenzufriedenheit elektive Eingriffe mit Outcome, Vorbereitung Einführung des WINFEE Programmes.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Die Mecon Studie zeigt ein sehr gutes Ergebnis im Vergleich zu 62 Spitälern ist die Klinik Seeschau AG im besten Viertel. Messung elektiver Eintritte mit Outcome, Zufriedenheit über 90%.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Erfassung und Hinterlegung aller Dokumente/Prozesse im WINFEE Qualitätsmanagement Programm, Erstellen fehlender Dokumente, Überarbeitung des Personalreglementes, Schulung der Belegärzte und des Personals als Nutzer des WINFEE Programms. Vorbereitung und Durchführung des 1. Internen Qualitäts-Assessments EFQM und des Aufnahmeverfahrens als Vollmitglied für die Swiss Leading Hospital Organisation.

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: **Abteilungsleitung**

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt **80%** Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Juchli Christian	071 672 55 15	Juchli.christian@klinik-seeschau.ch	CEO
Frei Fritz	071 672 55 15	Frei.fritz@klinik-seeschau.ch	Management - Planung
Petra Dengl	071 672 55 15	Dengl.petra@klinik-seeschau.ch	Leitung Pflegedienst, Qualitätsbeauftragte
Daniela Greco	071 672 55 15	greco.daniela@klinik-seeschau.ch	Leitung Patienten Administration
Anke Schneider	071 672 55 15	schneider.Anke@klinik-seeschau.ch	KIS
Cornelia Gantenbein	071 672 55 15	gantenbein.cornelia@klinik-seeschau.ch	OP-Leitung
Ursula Brunner	071 672 55 15	brunner.ursula@klinik-seeschau.ch	Personal Administration
Dr. Urs Bühler	071 672 55 15	buelhler.urs@klinik-seeschau.ch	Anästhesie
Thorsten Geertzen	071 672 55 15	geertzen.thorsten@klinik-seeschau.ch	Anästhesie-Pflege
Marion Brombacher	071 672 55 15	brombacher.marion@klinik-seeschau.ch	Apotheke – STV Qualitätsbeauftragte
Dr. Sami Khuri	071 672 55 15	sami.khuri@hin.ch	Ärztliche Leitung
Corinne Juchli	071 672 55 15	juchli.corinne@klinik-seeschau.ch	Hotellerie, Hauswirtschaft
Peter Mahlbacher	071 672 55 15	mahlbacher.peter@klinik-seeschau.ch	Technischer Dienst

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	1607	Inkl. Teilstationäre
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	
Anzahl stationäre Patienten	1182	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	88	
Anzahl Pflage tage gesamt	7326	
Bettenanzahl per 31.12.	34	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.2	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	92%	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte	Klinik Seeschau	

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	10.09
<input type="checkbox"/>		Nächste Messung:	10.12
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	93.6 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (=minimale Zufriedenheit) bis 100 (=maximale Zufriedenheit) Die Gesamtzufriedenheit wird aus den 3 Messbereichen berechnet
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Aerzte	95.3 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Aerztliche Versorgung“
Pflege	93.0 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Pflegerische Versorgung und Betreuung“
Organisation	92.4 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Organisation, Management und Service“
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Standartisierte Kurzfragebogen; Durchführung der Befragung durch Mecon		
Einschlusskriterien	Alle Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen		
Ausschlusskriterien	Ohne Kinder (<18 Jahre) Wöchnerinnen, Verlegungen (in anderes Akutspital)		
Rücklauf in Prozenten	66 %		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

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

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

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

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

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 10.10
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

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

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

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 10.10
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

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

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

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.		Letzte Messung:	12.09
			Nächste Messung:	12.10
<input checked="" type="checkbox"/>	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
1184	14	0,0118%	365	Anke Schneider

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Werte gemäss Frau Anke Schneider				
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.		Letzte Messung:	
			Nächste Messung:	12.10
<input type="checkbox"/>	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				
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



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

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

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



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

Infektions-Messthema

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

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

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

Messthema		elektiver Eintritt	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Alle Abteilungen	Ergebnis:	>90%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		Outcome

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

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

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend

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

C=einzelne Abteilung

² **A**=Fachgesellschaft

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

C=betriebseigenes System

³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr

B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009

C=Einführung im Berichtsjahr 2009

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:			
Ergebnis gesamt:		Anteil mit Behandlungsfolgen:	Anteil ohne Behandlungsfolgen:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009							
Spitalgruppen: an welchen Standorten?							
Gemessene Abteilungen:				Ergebnis gesamt:			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.							
Entstehungsort der Dekubiti			Werte (quantitativ)				
			gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung							
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.							
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen							
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009							
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:						
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:						

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



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

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

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

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

F

Verbesserungsaktivitäten

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Vorbereitung SLH Qualität	EFQM			Assessment 30.9.10

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, permanenten Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Ganzes Spital	Vorschlagswesen	Motivation der Mitarbeiter für die Nutzung des vorhandenen Vorschlagswesensystems	In Bearbeitung
Ganzes Spital	Gesundheitsförderung und Arbeits-Sicherheit	Umsetzung der EKAS Richtlinien	In Bearbeitung

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)
Ganzes Spital	Einführung KIS	Das Klinik-Informationssystem dient zur Steuerung der Prozessabläufe und deren Optimierung. Es dient auch zur Prüfung der Qualität.	1.1.2009 bis 30.6.2010
Ganzes Spital	Risikomangement	Vorbereitung und Beratung zur Einführung eine der Klinikgrösse angemessenen Risikomanagement	1.9.2009 bis 31.12.2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Risikomanagement
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einführung eines der Klinikgrösse angepassten Risikomanagement
Beschreibung	Periodische systematische Ueberprüfungen der Risikofaktoren und deren Identifikation, Bewertung der Risiken auf ihre Eintrittswahrscheinlichkeit und deren Auswirkungen
Projekttablauf / Methodik	Aufteilung des Projektes in Teilgruppen, Erarbeitung des Projektes mit Unterstützung der WinFEE Software und Teamsitzungen
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 Bereiche der Klinik
Projektevaluation / Konsequenzen	
Weiterführende Unterlagen	

Die Klinik Seeschau AG hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich entwickelt und die einzelnen Prozesse und Arbeitsabläufe konnten regelmässig optimiert werden. Die Strategie der Klinikleitung setzt auf eine kontinuierliche Entwicklung der Leistungserbringung und hat die Umsetzung der Qualitätsentwicklung zur Erfüllung der Kundenanforderungen an erste Stelle gesetzt.

Ein dynamisches Qualitätsmanagement und eine kontinuierliche Messung der Leistungen des Spitals ermöglichen es uns, eine kontinuierliche Qualitätssicherung und –verbesserung zu erzielen und die von der Spitalleitung festgelegten Qualitätsziele zukünftig zu erreichen.

Das Jahr 2010 wird durch die Einführung des Quality Management WinFEE eine übersichtliche für alle Mitarbeiter zugängliche Plattform schaffen, die eine Führung der einzelnen Qualitätsleistungsanforderungen einfacher und transparenter machen. Die Zusammenführung der Dokumente und der Ergebnisse sowie der einzelnen Auswertungen und deren Transparenz für alle Mitarbeiter, werden für alle an der Leistungserbringung Beteiligten, eine wichtige Hilfe sein, die steigenden Anforderungen für die Optimierung der Prozessabläufe sicher stellen zu können.

Klinik Seeschau AG

Direktion

CH-8280 Kreuzlingen TG



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

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