

# Qualitätsbericht 2008



Spital Thun  
Spital Zweisimmen  
Spital Saanen  
Klinik Erlench

Spital Thun  
Krankenhausstrasse 12  
3600 Thun



Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Einleitung</b>   | <b>3</b>  |
| 1.1 Vorstellung des Leistungserbringers                                  | 3         |
| 1.2 Verzeichnis der Anhänge  | 3         |
| 1.3 Angaben zu Kontaktpersonen   | 4         |
| <b>2. Q-Strategie und Erfolge</b>  | <b>4</b>  |
| 2.1 Qualitätsstrategie der Spital STS AG; Auszug aus dem Strategiepapier | 4         |
| 2.2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2008                           | 5         |
| 2.3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2008                        | 6         |
| <b>3. Q-Aktivitäten 2008</b>   | <b>8</b>  |
| 3.1 Übersichtsliste und Grad der Umsetzung von permanenten Q- Maßnahmen  | 8         |
| 3.2 Übersichtsliste der Qualitätsmessungen im Berichtsjahr               | 9         |
| 3.3 Übersichtsliste der Q- Projekte                                      | 10        |
| <b>4. Ausgewählte Q-Projekte</b>   | <b>11</b> |
| 4.1 ISO-Zertifizierung Psychiatrische Dienste Spital STS AG              | 11        |
| 4.2 Einführung elektronisches Pflege-Assessment (ePA-AC®)                | 13        |
| <b>5. Indikatoren der Ergebnisqualität</b>                               | <b>15</b> |
| 5.1 QABE flächendeckende Datenerhebungen und -auswertungen               | 15        |
| 5.2 Weitere QABE-Aktivitäten   | 16        |
| 5.3 Spitaleigene Datenerhebung   | 17        |
| <b>6. Ausblick</b>   | <b>17</b> |
| <b>7. Anhänge</b>  | <b>18</b> |
| 7.1 Organisation des Q-Management  | 18        |
| 7.2 Q-Leitsätze; Auszug aus dem Q-Konzept der Spital STS AG              | 19        |
| 7.3 Links zur Organisation zum Q-Management                              | 19        |

# 1. Einleitung

## 1.1 Vorstellung des Leistungserbringers

### 1.1.1 Betriebe

- Die Spital STS AG gewährleistet als Regionales Spitalzentrum (RSZ) mit ihren Spitalbetrieben Thun, Zweisimmen, Saanen und der Klinik Erlenbach die Spitalversorgung für eine Bevölkerung von ca. 170'000 Menschen.
- Um dies zu gewährleisten sind an den 4 Standorten rund 1'700 Mitarbeitende in einer Voll- oder Teilzeitstelle tätig.
- Im Berichtsjahr wurden rund 20'000 stationäre oder teilstationäre und über 45'000 ambulante Patientinnen und Patienten behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltszeit im Akutbereich betrug 6,7 Tage. Insgesamt wurde über 92'500 Pflēgetage geleistet.
- Betriebsaufwand: für den Akutbereich 165 Mio. CHF; inklusive der Nebenbetriebe 185 Mio. CHF

### 1.1.2 Aufgaben

Neben der Akutversorgung gewährleistet die Spital STS AG in ihrem Versorgungsgebiet den Ambulanz- und Rettungsdienst und die ambulante und tagesstationäre psychiatrische Versorgung.

Hinzu kommt die Führung einer Klinik für Postakut-Pflege und verschiedenen Langzeitpflege- und Altersheimenrichtungen.

### 1.1.3 Vernetzung

Mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie mit den diversen Partnerorganisationen wie Spitex, Sozialdienste, Alters- und Pflegeheime usw. pflegen wir eine starke Vernetzung.

### 1.1.4 Werte und Ziele

Im Leitbild der Spital STS AG steht an erster Stelle: "Im Zentrum aller Bemühungen stehen unsere Patientinnen und Patienten." Dieser Vorgabe haben sich alle Tätigkeiten unterzuordnen.

- Gemeinsam suchen wir nach dem grösstmöglichen Nutzen für unsere Patienten und Kunden.
- Wir fördern die umfassende Gesundheitsversorgung in der Region und wollen der bevorzugte Anbieter qualitativ hochstehender medizinischer Leistungen sein.
- Wir bieten unseren Mitarbeitenden ein attraktives Arbeits- und Ausbildungsumfeld.
- Dabei nehmen wir Rücksicht auf die kulturellen Eigenheiten unserer Betriebe, ohne die Ziele des Gesamtunternehmens zu vergessen.
- Durch aktives Nutzen unserer konventionellen Handlungsspielräume wollen wir unsere unternehmerische Unabhängigkeit und damit die Zukunft unserer Betriebe sichern.

## 1.2 Verzeichnis der Anhänge

7.1 Organisation des Q-Management

7.2 Q-Leitsätze

7.3 Links zur Organisation und zum Q-Management

## 1.3 Angaben zu Kontaktpersonen

| Funktion   | Name                    | Telefon (direkt) | E-Mail                      |
|--|-------------------------|------------------|-----------------------------|
| Qualitätsbeauftragter<br>Spitaldirektor, COO<br>Stv. Vorsitz der Geschäftsleitung        | Dr. Christan Pfammatter | 033 226 21 21    | direktion@spitalstg.ch      |
| Qualitätsleiter<br>Stv. CA Anästhesie<br>Mitglied der StG QABE                           | Dr. Thomas Zaugg        | 033 226 27 55    | thomas.zaugg@spitalstsag.ch |
| Datenverantwortlicher<br>Leiter Betriebswirtschaft, CFO<br>Mitglied der Geschäftsleitung | Jürg Thöni              | 033 226 27 57    | jürg.thöni@spitalstsag.ch   |

## 2. Q-Strategie und Erfolge

### 2.1 Qualitätsstrategie der Spital STS AG; Auszug aus dem Strategiepapier

#### 2.1.1 Prozess- und Ergebnisqualität verbessern

Der Erfolg der STS AG wird vor allem an der Qualität ihrer Leistungen und der Zufriedenheit ihrer Patienten gemessen. Beides erfordert ein umfassendes Qualitätsmanagement und ein hohes Qualitätsbewusstsein bei der Leistungserbringung. Deshalb sind die Prozesse laufend zu überprüfen und zu verbessern.

Neben optimalen Prozessabläufen mit möglichst geringen Wartezeiten liegt die Herausforderung vor allem darin, in einer möglichst kurzen Zeit zu einer ergebnissicheren Diagnose zu kommen, auf die anschliessend ein schlanker Behandlungsprozess folgen kann.

Die Gewährleistung einer hohen medizinischen und pflegerischen Qualität ist und bleibt eines der obersten Ziele der Spital STS AG.

#### 2.1.2 Effizienz des Patientenprozesses steigern

Die Gestaltung, das Management und die Verbesserung der Prozesse sollen unter den Gesichtspunkten des kleinstmöglichen Ressourceneinsatzes und der Vermeidung von Doppelspurigkeiten erfolgen. Die Kundenoptik spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Die individuelle Betreuung wird immer komplexer und damit auch teurer. Um die Effizienz des Patientenprozesses zu steigern, benötigen wir gewisse Standards.

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit schaffen wir die notwendige Kostentransparenz und fördern damit gleichzeitig auch das Kostenbewusstsein.

#### 2.1.3 Schnittstellenmanagement verbessern

Schnittstellen verursachen Kosten sowie Zeit- und Qualitätsverluste. Durch die Vereinfachung der Abläufe sollen zum einen die Anzahl der Schnittstellen reduziert werden. Zum andern gilt es, bei den verbleibenden Nahtstellen durch ein optimales Prozessmanagement den Koordinationsaufwand deutlich zu reduzieren und die Qualität zu steigern.

Mit der verstärkten Zusammenarbeit mit strategischen Partnern gewinnt das Schnittstellenmanagement zusätzlich an Bedeutung. Die internen und externen Prozesse müssen optimal aufeinander abgestimmt werden, damit der Ablauf sowohl aus Kundensicht als auch aufgrund von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen verbessert werden kann.

#### 2.1.4 Leistungsportfolio optimieren

Wir passen unser Leistungsportfolio laufend an, indem wir unsere Kernkompetenzen bündeln und die Vorteile unserer Spitalstandorte sowie die Leistungen der strategischen Partner bewusst in das Portfoliomanagement einbeziehen.

#### 2.1.5 Leistungsangebot auf dem neusten Stand halten

Der technische Fortschritt und die medizinischen Erkenntnisse aus der Forschung ermöglichen eine laufende Verbesserung der medizinischen Leistungen. Die STS AG möchte von ihren Kunden als fortschrittliche und kompetente Partnerin gesehen werden und verpflichtet sich deshalb, jederzeit mit dem medizinischen Fortschritt mitzuhalten.

## **2.2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2008**

### **2.2.1 Organisation und Struktur des Qualitätsmanagements;**

#### **Erfüllung der Auflagen des Audits durch die Stiftung SanaCERT suisse**

Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern führte die Stiftung SanaCERT suisse im Herbst 2007 an allen öffentlichen Spitälern des Kantons Bern ein Audit zum Qualitätsmanagement durch. Die im Audit geforderten Auflagen wurden im Jahr 2008 in die Praxis umgesetzt.

Die Organisation und die Strategie des QMs der Spital STS AG sind sowohl im Intranet als auch auf der Website der Spital STS AG präsent. Der jeweils aktuelle Qualitätsbericht ist sowohl auf der Website der Spital STS AG als auch auf der Website von H+ abrufbar. Am Einführungstag werden alle neu in die Spital STS AG eintretenden Mitarbeitenden über die Struktur und die Aufgaben des Qualitätsmanagements instruiert. Die Kadermitarbeiter werden am Kaderrapport durch den Qualitätsbeauftragten regelmässig über sämtliche aktuellen und künftigen Qualitätsprojekte informiert.

Die Verankerung des Qualitätsmanagements in der Führung der Spital STS AG spiegelt sich auch darin, dass der Geschäftsbericht 2008 sich schwerpunktmässig dem Thema „Risiko- und Qualitätsmanagement in der Spital STS AG“ widmet.

### **2.2.2 Konsolidierung des Qualitätskonzeptes der Spital STS AG**

Die positive Bewertung des Qualitätsmanagement der Spital STS AG durch die Stiftung SanaCERT suisse bekräftigte uns die bisher eingeschlagene Strategie eines dezentralen QM fortzusetzen und die bestehenden Strukturen weiter zu festigen. Nach dem Qualitätsleiter nahmen im Jahr 2008 2 weitere Mitglieder des Q-Ausschusses am Kurs „Error- and Risk-analysis“ der Schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit teil.

Der Q-Ausschuss legte aufgrund externer Vorgaben und interner Bedarfsabklärungen die Strategie für das Jahr 2008 fest. Dabei arbeitet der Qualitätsausschuss eng mit den Vorsitzenden der Hygiene-, der Arzneimittel-, der Ernährungs- und der Ethikkommission zusammen.

Im Rahmen der Sitzungen der Q-Kommission fand ein regelmässiger Informationsaustausch zwischen dem Qualitätsausschuss und den Klinik- und Abteilungsleitungen statt. Auf Ebene der Kliniken wurden in Qualitätszirkeln und Qualitätsforen Projekte basierend auf Qualitätsmessungen, Patientenbeschwerden oder CIRS-Meldungen durchgeführt. Folgende Kliniken oder Abteilungen sind an fachspezifischen nationalen oder internationalen Registern beteiligt: Frauenklinik, Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie, Intensivstation, Kardiologie, Anästhesie und Viszeralchirurgie.

Neben den im Rahmen des Leistungsvertrages mit dem Kanton durchgeführten Erhebungen zur Ergebnisqualität zu den Themen Patientenzufriedenheit (PEQ), Schlaganfall (CVI-QABE), Herzinfarkt (ACS) und ambulante Physiotherapie (Mecon) wurde mittels internem Fragebogen fortlaufend die Patientenzufriedenheit ermittelt. Patienten, welche noch am Operationstag nach Hause entlassen werden konnten, wurden durch Mitarbeiterinnen der Anästhesie anhand eines strukturierten Telefoninterviews zu allfälligen Beschwerden oder Komplikationen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Spitalaufenthalt befragt. Feedbacks aus dieser Befragung führten zu Verbesserungsmassnahmen im Bereich der Anästhesie.

Im Rahmen des strukturierten Beschwerdemanagements konnten auf diverse beanstandete Mängel zielgerichtete Massnahmen eingeleitet werden.

Die Pflegequalität sämtlicher Klinken an allen Standorten wurde bereits schon seit mehreren Jahren regelmässig durch die Firma Concret AG überprüft und zertifiziert. Ab dem Jahr 2009 wird der Überprüfungszyklus neuen gesetzlichen Normen angepasst.

Das Labor am Spital Thun wurde im Jahr 2008 erneut nach ISO/IEC 17025:2005 und ISO/IEC 15189:2007 akkreditiert.

Auch ausserhalb der Pflege führten im Jahr 2008 praktisch sämtliche Bereiche der Spital STS AG branchenspezifische Massnahmen zur Überprüfung und Sicherung ihrer Qualität durch (Kapitel 3.1.1).

### **2.2.3 Ausserordentliche Qualitätsprojekte**

Nach Evaluierung verschiedener QMS entschied sich der Psychiatrische Dienst der Spital STS AG für eine Zertifizierung nach ISO 9001:2000. Nach intensiven Vorarbeiten konnte dann im Frühjahr 2008 den Mitarbeitern der Psychiatrischen Dienste durch die Prüfstelle SQS das Zertifikat ISO 9001:2000 überreicht werden (Kapitel 4.1).

Die OP-Betriebe arbeiteten gemeinsam mit der Anästhesie an den Vorbereitungen zur im Jahr 2009 geplanten Zertifizierung ISO 9001:2000. Dabei kommt erstmals die Organisations-Software ProcessPoint zur Anwendung. Dr. med. Thomas Zehnder, Stellvertretender Chefarzt der Medizinischen Klinik und Mitglied des Q-Ausschusses, erhielt im Rahmen seiner Masterarbeit gemeinsam mit Dr. Kurt Hess den vom Forum Managed Care verliehenen „Förderpreis Managed Care 2008“.

Die Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation mit integriertem Risiko-Assessment (ePA-AC®) unterstreicht die Bedeutung des klinischen Risikomanagements innerhalb der Spital STS AG. Durch systematische und standardisierte Erfassung der Qualitätsindikatoren „Sturz“, „Decubitus“, „Mangelernährung“ und „Wundinfektion“ im Rahmen der elektronischen Pflegedokumentation können in Zukunft regelmässig Auswertungen mit internem und externem Benchmarking durchgeführt werden (Kapitel 4.2).

Im Fachbereich Radiologie konnte nach mehrjähriger Vorarbeit im Jahr 2008 das Projekt PACS erfolgreich abgeschlossen werden. Sämtliche bildgebende Verfahren werden digitalisiert zentral abgespeichert und können mit entsprechender Zugriffsberechtigung von jedem Arbeitsplatz patientenbezogen abgerufen werden. An den Standorten Saanen und Zweisimmen können zudem dadurch Röntgenbilder rund um die Uhr durch einen Facharzt für Radiologie befundet werden (Teleradiologie).

Die Spital STS AG nahm an einer nationalen Erhebung zum „Klinischen Risikomanagement in Schweizer Spitälern“ der Hochschule Luzern und der ETH Zürich teil. Zusätzlich führten die Autoren der Studie mit dem Qualitätsleiter der Spital STS AG ein vertieftes Interview durch. Aufgrund dieser Erhebungen werden die Autoren dieser Studie im Sommer 2009 eine nationale Transfer-Tagung zu diesem Themenkreis organisieren.

Der hohe Stellenwert des Risikomanagement an der Spital STS AG spiegelt sich nicht nur an teilweise national wegweisenden Projekten zum Thema Patientensicherheit wieder. Das Spital Thun war eines von 8 ausgewählten Spitälern für eine im Jahr 2008 von der Stiftung für Patientensicherheit durchgeführten Pilot-Befragung zum Thema „Patientensicherheit aus Patientensicht“. Die Auswertung dieses vom BAG unterstützten Benchmarking-Piloten erfolgte Mitte März 2009.

## **2.3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2008**

### **2.3.1 Qualitätszirkel, Qualitätsforen, Arbeitsgruppen und übergeordnete Qualitätsprojekte**

Auf Stufe Kliniken und Fachbereiche wurden im Berichtsjahr zahlreiche Qualitätsprojekte in Form von Qualitätszirkeln, Qualitätsforen und Arbeitsgruppen bearbeitet (Kapitel 5.3). Diese Instrumente sind das Rückgrat der Qualitätsentwicklung der Spital STS AG und zeigen die fundamentale Verankerung des Qualitätsgedanken bis an die Basis auf.

Standortübergreifende Qualitätsprojekte der Spital STS AG waren die Einführung des PACS und die schrittweise Umsetzung der elektronischen Pflegedokumentation ePA-AC®.

### **2.3.2 Permanente Q-Massnahmen und Messungen der Ergebnisqualität**

Für das nationale Meldesystem "Vigilance" wird anstelle der bisherigen Meldeformulare ein auf dem Intranet basierendes elektronisches Meldeformular evaluiert.

Das Fehlermeldesystem CIRS ist über das Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich und wird vor allem aus dem Bereich der Pflege rege genutzt.

Über die Anästhesie-Datenbank CIRRNET ist die Spital STS AG in einem Pilotprojekt der Stiftung für Patientensicherheit eingebunden.

Die Mehrheit der Fachdisziplinen ist an nationale oder internationale Register und Datenbanken angeschlossen. Stürze, Decubiti, Mangelernährung und postoperative Wundinfektionen als wichtige Pflegeindikatoren werden nach internationalem Standard systematisch in

der elektronischen Pflegedokumentation erfasst und regelmässig ausgewertet (Kapitel 3.1.2).

Ausserhalb der Zeitfenster mit externen Patientenbefragungen (Pilotmessung PEQ) werden im Rahmen des Risk- und Beschwerdemanagements regelmässig interne Patientenbefragungen durchgeführt. Weitere Befragungen und Messungen zur Ergebnisqualität wurden im Rahmen von QABE durch den Verein Outcome und die Firma Mecon durchgeführt (Kapitel 3.2).

### **2.3.3 Akkreditierungen, Zertifizierungen, Audits und Q-Labels**

Zahlreiche Bereiche der Spital STS AG sind bereits seit mehreren Jahren akkreditiert, zertifiziert oder verfügen über ein spezifisches Qualitätslabel (Kapitel 3.1.1). Zur Erhaltung dieser Anerkennungen fanden im Berichtsjahr Überprüfungen des Labors, der Spitalapotheke, der Lebensmittelverarbeitung, der OP-Lüftungen und der Pflegeabteilung der medizinischen, chirurgischen und geburtshilflichen Kliniken statt.

Der Psychiatrische Dienst der Spital STS AG erhielt aufgrund der Überprüfungen durch die Zertifizierungsstelle SQS das Qualitätslabel ISO 9001:2000 (Kapitel 4.1).

Im Bereich OP (OP-Betrieb, Zentralsterilisation und Anästhesie) starteten die Vorbereitungen zur ISO-Zertifizierung im Jahr 2009. Dabei werden die Organisationsstrukturen und die Abläufe der Prozesse erstmals in der neu in der Spital STS AG eingeführten Arbeitsplattform ProcessPoint abgebildet.

### 3. Q-Aktivitäten 2008

#### 3.1 Übersichtsliste und Grad der Umsetzung von permanenten Q-Massnahmen

##### 3.1.1 Akkreditierungen, Zertifizierungen und Inspektionen

| Bezeichnung  | Bereich<br>A=Ganzer Betrieb<br>B=Fachdisziplin<br>C=einzelne Abteilung | Norm                                     | Status<br>A=Rezertifizierung/Reakkreditierung im Berichtsjahr<br>B=Zertifizierung/Akkreditierung im Berichtsjahr<br>C=Zertifizierung/Akkreditierung in Vorbereitung |
|--|--|--|---|
| <b>Spital Thun</b>                                   |  |  |   |
| Pflegequalität                                       | Medizinische Klinik (B)  | Messmethode Q (Concret)                  | Zertifizierung 2005<br>Überwachungsaudit III 2008   |
| Pflegequalität                                       | Chirurgische Klinik (B)  | Messmethode Q (Concret)                  | Rezertifizierung 2005<br>Überwachungsaudit III 2008   |
| Pflegequalität                                       | Frauenklinik(B)  | Messmethode Q (Concret)                  | Rezertifizierung 2005<br>Überwachungsaudit III 2008   |
| Pflegequalität                                       | Geburtenabteilung (B)  | Messmethode Q (Concret)                  | Rezertifizierung 2006<br>Überwachungsaudit II 2008  |
| Stillfreundliche Geburtsklinik                       | Geburtenabteilung (B)  | UNICEF                                   | Zertifizierung 2004<br>Rezertifizierung 2009/2010   |
| ISO (International Organization for Standardization) | Labor (A)  | ISO/IEC 17025:2005<br>ISO/IEC 15189:2007 | Akkreditierung 2008   |
| Qualitätssicherungsmassnahmen                        | Labor (A)  | Qualitätssicherungsmassnahmen (QUALAB)   | Überprüfung 2008  |
| ISO (International Organization for Standardization) | Psychiatrische Dienste (B)   | ISO 9001:2000                            | Zertifizierung 2008   |
| BSV IV 2000  | BFK (B)  | BSV IV 2000                              | Zertifizierung 2002<br>Überwachungsaudit 2008<br>Rezertifizierung 2009  |
| ISO (International Organization for Standardization) | OP-Betrieb (A)   | ISO 9001:2000                            | Zertifizierung 2009 (C)   |
| ISO (International Organization for Standardization) | Zentralsterilisation (ZSVA) (A)  | ISO 9001:2000                            | Zertifizierung 2009 (C)   |
| ISO (International Organization for Standardization) | Anästhesie (B)   | ISO 9001:2000                            | Zertifizierung 2009 (C)   |
| Labile Blutprodukte                                  | Labor (A)  | Swissmedic                               | Inspektion 2008<br>Betriebsbewilligung bis 2012   |
| Spitalapotheke                                       | Apotheke (A)   | GEF/Kantonsapotheke                      | Inspektion 2003   |
| Herstellung von Cytostatika                          | Apotheke (A)   | GEF/Kantonsapotheke                      | Inspektion 2005   |
| Qualitäts- und Hygienekontrolle                      | Lebensmittelverarbeitung (A)   | HACCP (PROLEK GmbH)                      | Inspektion 2008   |
| Operational Qualification                            | OP-Lüftung (A)   | Clean-Air-Service AG                     | Zertifizierung 2008   |
| Arbeitssicherheit                                    | Technik und Sicherheit (C)   | Hplus/ASA                                | Audit 2007  |
| <b>Spital Zweisimmen</b>                             |  |  |   |
| Pflegequalität                                       | Alle Kliniken (A)  | Messmethode Q (Zertifizierung)           | Zertifizierung 2002<br>Rezertifizierung 2008  |
| Pflegequalität                                       | OP/Anästhesie (A)  | Messmethode Q (Standortbestimmung)       | 2008  |
| Labile Blutprodukte                                  | Labor (A)  | Swissmedic (Inspektion)                  | Betriebsbewilligung bis 2012  |
| Operational Qualification                            | OP-Lüftung (A)   | Clean-Air-Service AG(Zertifizierung)     | 2008  |
| Spitalapotheke                                       | Apotheke (A)   | Kantonsapotheke (Inspektion)             | 2003  |
| Qualitäts- und Hygienekontrolle nach HACCP           | Lebensmittelverarbeitung (A)   | PROLEK GmbH (Inspektion)                 | 2008  |
| Arbeitssicherheit                                    | Ganzes Spital (A)  | Hplus/ASA (Vorabklärung)                 | 2008  |
| <b>Spital Saanen</b>                                 |  |  |   |
| Operational Qualification                            | OP-Lüftung (A)   | Clean-Air-Service AG                     | Zertifizierung 2008   |
| Qualitäts- und Hygienekontrolle                      | Lebensmittelverarbeitung (A)   | HACCP (PROLEK GmbH)                      | Inspektion 2008   |
| <b>Klinik Erlenbach</b>                              |  |  |   |
| Pflegequalität                                       | Alle Stationen inkl. Langzeitpflege (A)                                | Messmethode Q (Concret)                  | Zertifizierung 2006<br>Überwachungsaudit II 2008  |
| <b>Bemerkungen:</b> keine                            |  |  |   |

### 3.1.2 Monitoring und Register

| Bezeichnung   | Bereich<br>A=Ganzer Betrieb<br>B=Fachdisziplin<br>C=einzelne Abteilung | Erfassungsgrundlage<br>A=Fachgesellschaft;<br>B=Anerkannt durch QABE oder<br>andere Organisation<br>C=betriebseigenes System | Status<br>A=Umsetzung/Beteiligung seit<br>mehr als einem Jahr<br>B=Umsetzung/Beteiligung im<br>Berichtsjahr<br>C=Einführung im Berichtsjahr |
|---|--|--|---|
| <b>Register</b>   |  |  |   |
| ASF   | Frauenklinik und Geburtshilfe  | Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (A)   | A   |
| ODSeasy (Oncologic Data System)   | Brustchirurgie   | Brustzentrum Aare (A)  | B   |
| Spine Tango   | Wirbelsäulenchirurgie  | Spine Society of Europe (A)  | A   |
| SWISSspine  | Wirbelsäulenchirurgie  | Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie (A)  | C   |
| AMIS plus   | Innere Medizin   | (B)  | A   |
| Minimal Dataset   | Intensivmedizin  | Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (A)  | B   |
| Operative Adipositasbehandlung  | Chirurgische Klinik  | Swiss Morbid Obesity Study Group (SMOB) (A)  | A   |
| Implantat-Register SIRIS  | Orthopädische Klinik   | Stiftung für Qualität in der Orthopädie (A)  | C   |
| CIRNET  | OP-Betrieb   | Schweizerische Stiftung für Patientensicherheit (A)  | B   |
| <b>Monitoring</b>   |  |  |   |
| CIRS  | Spital STS AG  | Intranet   | A   |
| Vigilance- Meldesystem  | Spital STS AG  | Intranet   | A   |
| Beschwerdemanagement  | Spital STS AG  | Meldesystem  | A   |
| Analyse Haftpflichtfälle  | Spital STS AG  | Meldesystem  | A   |
| Erfassung Dekubitus   | Spital STS AG  | KIS  | C   |
| Erfassung Sturz   | Spital STS AG  | KIS  | C   |
| Erfassung Mangelernährung   | Spital STS AG  | KIS  | C   |
| Follow up ambulante Patienten   | Institut für Anästhesiologie<br>Spital STS AG                          | Telefoninterview   | A   |
| Wundinfekterfassung   | Chirurgische Klinik  | KIS  | C   |
| <b>Bemerkungen:</b> die Qualitätsindikatoren "Sturz" "Dekubitus" „Mangelernährung“ und "Wundinfekt" wurden im Berichtsjahr im Rahmen des pflegerischen Risikoassessments in die elektronische Pflegedokumentation aufgenommen. Die Erfassung erfolgt nach internationalen Standards. Die elektronische Befunderhebung erlaubt eine periodische Auswertung der Daten mit internem und externem Benchmarking. Die Resultate zur Erhebung des Qualitätsindikators "Sturz" sind im Kapitel 5.3 dargestellt. |  |  |   |

### 3.2 Übersichtsliste der Qualitätsmessungen im Berichtsjahr

| Bezeichnung  | Bereich<br>A=Ganzer Betrieb<br>B=Fachdisziplin<br>C=einzelne Abteilung | Erfassungsgrundlage<br>A=validierte Instrumente;<br>B=betriebseigene Instrumente | Status<br>A=beendet<br>B=laufend |
|--|--|--|----------------------------------|
| Pilotmessung "Patients' Experience Questionnaire" (PEQ)  | Ganzer Betrieb (A)   | Verein Outcome, Bertelsmann Stiftung (A)   | A                                |
| Cerebrovaskulärer Insult (CVI)   | Medizinische Klinik Spital Thun (B)                                    | Verein Outcome/QABE (A)  | A                                |
| Akutes Coronares Syndrom (ACS)   | Medizinische Klinik Spital Thun (B)                                    | Verein Outcome (A)   | A                                |
| Patientenzufriedenheit ambulante Physiotherapie  | Physiotherapie Spital Thun   | Mecon (A)  | A                                |
| Benchmarking Pilot „Patientensicherheit aus Patientensicht“  | Spital Thun (B)  | Stiftung für Patientensicherheit (A)   | A                                |
| Patientenzufriedenheit ausserhalb der Messperioden mit externen Instrumenten (PEQ)   | Ganzer Betrieb (A)   | (B)  | B                                |
| <b>Bemerkungen:</b> Die Auswertung der Messungen „ACS“ ist noch ausstehend. Die Resultate des Benchmarking Pilot „Patientensicherheit aus Patientensicht“ wurde den teilnehmenden Spitälern Mitte März 2009 zugeschickt. Die Messung „CVI“ ist von übergeordnetem epidemiologischem Interesse. Eine Auswertung auf Spitalebene ist daher nicht vorgesehen. Die Resultate zu den Messungen „PEQ“ und „Patientenzufriedenheit in der ambulanten Physiotherapie“ sind in Kapitel 5.1 und 5.2 dargestellt. |  |  |                                  |

### 3.3 Übersichtsliste der Q- Projekte

| Bezeichnung  | Bereich<br>A=Ganzer Betrieb<br>B=Fachdisziplin<br>C=einzelne Abteilung  | Ziel  | Dauer   |
|--|---|---|---|
| <b>Spital STS AG</b>   |   |   |   |
| Umsetzung Auflagen aus Audit QM durch SanaCert                       | QM Spital STS AG  | Erfüllung Auflagen SanaCert   | 2008  |
| Einführung PACS Radiologie   | Spital STS AG   | Elektronisches Radiologiedossier  | Abgeschlossen 2008                              |
| Weiterentwicklung elektronische Pflegedokumentation im KIS           | Chirurgische Klinik, Frauenklinik und Geburtenabteilung der Spital STS AG standortübergreifend Akut- und Postakutpflege | Verbesserte Abbildung der Pflegeprozesse  | 2007 bis 2009                                   |
| Standortübergreifendes einheitliches elektronisches Risikomonitoring | Spital STS AG   | Elektronische, standardisierte Erfassung ausgewählter Risiken (Decubitus, Sturz, Mangelernährung und Wundinfekt); Internes und externes Benchmarking  | 2008 bis 2009                                   |
| ISO-Zertifizierung Psychiatrische Dienste                            | Psychiatrische Dienste  | ISO-Zertifizierung 9001:2000  | Zertifizierung 2008                             |
| Einführung CIRS Psychiatrie  | Psychiatrische Dienste  | CIRS innerhalb des Fachgebietes Psychiatrie   | 2008  |
| <b>Spital Thun</b>   |   |   |   |
| ISO-Zertifizierung OP-Betrieb  | OP-Betrieb Spital Thun  | ISO-Zertifizierung 9001:2000  | Vorarbeiten 2008<br>Zertifizierung geplant 2009 |
| ISO-Zertifizierung ZSVA SpitalThun                                   | ZSVA Spital Thun  | ISO-Zertifizierung 9001:2000  | Vorarbeiten 2008<br>Zertifizierung geplant 2009 |
| ISO-Zertifizierung Anästhesie Spital Thun                            | Anästhesie Spital Thun  | ISO-Zertifizierung 9001:2000  | Vorarbeiten 2008<br>Zertifizierung geplant 2009 |
| Qualitätszirkel  | Medizinische Klinik Spital Thun   | Qualitätsentwicklung (PDCA) <ul style="list-style-type: none"> <li>Betreuung am Wochenende</li> <li>Weiterleiten von Telefonanrufen der Loge</li> <li>Schnittstelle Pyxis/Apotheke</li> <li>Verfügbarkeit des Reinigungsdienstes</li> </ul>   | 2008  |
| Qualitätszirkel/Qualitätsforen                                       | Chirurgische Klinik, Frauenklinik und Geburtenabteilung Spital Thun   | Qualitätsentwicklung (PDCA) <ul style="list-style-type: none"> <li>Erkennung und Behandlung des postoperativen Harnverhalts</li> <li>Optimierung Planungsprozesse für Postakut-Aufenthalte</li> <li>Prävention/Verminderung perioperative Hautschädigungen</li> <li>Prozessoptimierung Orthopädie</li> <li>Prävention/Massnahmen bei Latexallergie</li> </ul> | 2008  |
| Patientenidentifikation  | OP-Abteilung, Chirurgische Klinik, Frauenklinik und Institut für Anästhesiologie Spital Thun                            | Vermeidung von Seiten und Eingriffsverwechslungen angelehnt an die Empfehlungen der schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit  | 2008/2009                                       |

| <b>Bezeichnung</b>   | <b>Bereich</b><br>A=Ganzer Betrieb<br>B=Fachdisziplin<br>C=einzelne Abteilung | <b>Ziel</b>  | <b>Dauer</b>  |
|--|---|--|---------------|
| <b>Spital Zweisimmen</b>   |   |  |               |
| Vorabklärung Arbeitssicherheit (ASA)   | Spital Zweisimmen   | Umsetzung Vorschriften ASA   | 2008/2009     |
| Qualitätsprojekt Schnitt-Nahtstellen   | Spital Zweisimmen   | Qualitätsentwicklung (PDCA)<br>- Interdisziplinäre Kommunikation<br>- Informationswege und Informationsfluss<br>- Organisation in Teams und interdisziplinär<br>- Arbeitsabläufe in Teams und interdisziplinär | 2007 bis 2008 |
| Standortbestimmung Zertifizierung Pflegequalität OP/Anästhesie Spital Zweisimmen   | OP/Anästhesie Spital Zweisimmen   | Zertifizierung Messmethode Q (Concret AG)  | 2008          |
| <b>Spital Saanen</b>   |   |  |               |
| Integration der Spitalapotheke Saanen in die Spital STS AG   | Spital Saanen   | Nutzung von Synergien Versorgungssicherheit Sicherer Umgang mit Arzneimitteln  | 2008          |
| Integration der Materialbewirtschaftung in die Spital STS AG   | Spital Saanen   | Nutzung von Synergien Versorgungssicherheit  | 2007 bis 2008 |
| Einführung KIS am Standort Saanen  | Spital Saanen   | Nutzung von Synergien Integration der medizinischen Dokumentation in die Spital STS AG<br>Zeitgleiche Einführung der Tools für das Risikoassessment  | 2008          |
| Sterilgutaufbereitung ausserhalb vom OP  | Spital Saanen   | Überprüfung und Anpassung der Prozesse für die Sterilgutaufbereitung ausserhalb des OP   | 2008          |
| <b>Bemerkungen:</b> aufgrund der bevorstehenden Umstrukturierung der Spitäler Zweisimmen und Saanen wurde nach erfolgreicher Vorabklärung die Umsetzung der Zertifizierung des OP-Betriebes im Spital Zweisimmen zurückgestellt. |   |  |               |

## 4. Ausgewählte Q-Projekte

### 4.1 ISO-Zertifizierung Psychiatrische Dienste Spital STS AG

Kontaktperson: Dr. med. Dieter Hofer; Chefarzt Psychiatrische Dienste

#### 4.1.1 Projekttitle

Aufbau und Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in den Psychiatrischen Diensten der Spital STS AG.

#### 4.1.2 Involvierte Bereiche

Die Psychiatrischen Dienste erbringen Dienstleistungen ausschliesslich im ambulanten und tagesklinischen Bereich. Das QMS wird am Standort Thun in den Abteilungen Ambulatorium, Alterspsychiatrischer Dienst, Konsiliar- + Liaisondienst und Tagesklinik, sowie in den externen Standorten, dem Psychiatrischen Dienst Münsingen und Zweisimmen, angewendet. Dem QMS der Psychiatrischen Dienste ist dasjenige der Abteilung Berufliche Förderung und Klärung BFK Thun untergeordnet. Die BFK sind der Leitung der Psychiatrischen Dienste unterstellt (Organigramm 100.0-004-RL), erbringen aber spezialisierte Dienstleistungen aufgrund eines Vertrages mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Das QM-System der BFK Thun wurde bereits vor Jahren aufgebaut und im November 2002 zertifiziert. Vorgabe dazu waren die 18 Qualitätskriterien des BSV.

#### 4.1.3 Ausgangslage und Bedeutung für Leistungserbringer

Die Psychiatrischen Dienste nahmen ihre Tätigkeit 1982 auf und seither wurde das Abklärungs- und Behandlungsangebot kontinuierlich weiterentwickelt. Der Betrieb war während

vieler Jahre klein und überschaubar, der zunehmende Ausbau der psychiatrischen Leistungen und v.a. der Aufbau von Ambulatorien an externen Standorten stellte die Führung des Betriebes vor neue Herausforderungen. Die über die Jahre gewachsene Vielfalt in den Abläufen erschwerten letztendlich ein zielgerichtetes, prozessgesteuertes Arbeiten.

In einzelnen Bereichen existierten isolierte Qualitätsinstrumente mit entsprechenden Messungen zur Prozess- und Ergebniskontrolle, aber keine den ganzen Betrieb umfassenden Instrumente zur Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität. Aufgrund dieser Mängel wurde entschieden, ein QMS nach dem Standard von ISO 9001:2000 einzuführen. Mit einem prozess- und systemorientierten Einsatz unter engem Miteinbezug der Mitarbeitenden wurden die Grundlagen geschaffen, damit die psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen optimal auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt werden können.

In Bereichen, in welchen die Spital STS AG bereits Betriebsnormen (Human Resources, Betriebswirtschaft, Hygiene, Arbeitssicherheit, Gebäudesicherheit, Umweltschutz, Beschwerdesystem, etc.) und Messungen (CIRS, Hämovigilance, Pharmacovigilance, Medizinproduktevigilance, etc.) vorgeschrieben hat, werden die bestehenden Normen übernommen.

#### **4.1.4 Projektziele**

Am Ende der Projektarbeiten kann die Leitung PDT folgenden Nutzen feststellen:

- Alle relevanten Prozesse wurden identifiziert und dokumentiert.
- Die gesamte Organisation hat durch die Bearbeitung aller relevanten Prozesse wesentlich an Transparenz gewonnen, insbesondere auch in Bezug auf die Wechselbeziehung der Prozesse.
- Die Nachvollziehbarkeit wichtiger Vorgänge im Betrieb ist heute besser gewährleistet und damit auch die Rechtssicherheit.
- Die Tatsache, dass die Bereichsleitungen beim Aufbau des Systems mit einbezogen wurden, führte zu einer guten Akzeptanz des QMS.
- Mit der optimalen Nutzung der elektronischen Arbeitsplätze und Kommunikationsmittel in Zusammenhang mit dem Dokumentenlenkungssystem IQSoft können die Mitarbeitenden jederzeit auf aktualisierte Dokumente zurückgreifen. Letzterer Punkt ist vor allem für die externen Standorte in Münsingen und Zweisimmen von grosser Bedeutung.

#### **4.1.5 Projektablauf/Methodik**

Das prozessorientierte System basiert auf den Anforderungen von ISO 9001-2000 für Qualitätsmanagementsysteme.

Die Gesamtprojektleitung wurde von der Leitung der PDT wahrgenommen. Der Projektleitung stand die Chefarztsekretärin in der Funktion als Q-Leiterin zur Seite. Zum Aufbau und Implementierung wurde eine externe Fachperson beigezogen.

#### **Das QMS fokussiert auf**

- Kundenorientierung und Aufbau von Vertrauen bei Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Fachpersonen und Behörden
- Prozessorientierung mit höherer Transparenz innerhalb der Organisation
- Einbezug der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Nutzen der Organisation
- ständige Verbesserung der Prozesse mit dem Ziel einer verbesserten Lenkbarkeit
- raschere Reaktionsmöglichkeit dank Prozessmessgrössen und –kennzahlen mit dadurch besseren Ergebnissen
- Führung: Schaffen einer geeigneten Kultur zur Erreichung der Ziele

#### **4.1.6 Ergebnisse/Projektevaluation/Konsequenzen**

##### **Qualitative Ziele**

- Im medizinischen Bereich ist die Ergebnisqualität von grosser Bedeutung. Pro Bereich werden die Zielsetzungen gesondert formuliert.
- Qualitative Ziele werden in der Tagesklinik und den Gruppentherapieangeboten in der Therapieplanung und –auswertung kontinuierlich erfasst und fliessen einerseits in die aktuelle Behandlung direkt ein, andererseits ermöglichen die Überprüfungen eine langfristige Ergebnisqualitätsmessung.

- Die Zufriedenheit der zuweisenden Fachpersonen wird von der Geschäftsleitung der Spital STS AG in größeren Abständen gemessen.
- Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden werden von der Spital STS AG in regelmässigen Abständen durch eine externe Stelle gemessen.

#### **Quantitative Ziele**

- Die Vorgaben bezüglich zu erbringenden Leistungen werden jährlich in einem Leistungsvertrag zwischen der Gesundheitsdirektion und der Spitaldirektion festgelegt.
- Die im Moment festgelegten Messgrössen sind nicht abschliessend und werden in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion jährlich festgelegt.
- Auf Prozessebene werden diejenigen Kennzahlen/Messgrössen festgelegt, welche eine wirkungsorientierte Führung unterstützen.

#### **Dokumentenlenkungssystem**

Eine wichtige Anforderung an das QMS konnte mit dem Aufbau eines elektronischen Dokumentenlenkungssystems erfüllt werden. Alle Mitarbeitenden haben dadurch jederzeit Zugriff auf das gesamte QMS mit den aktuell gültigen Dokumenten.

#### **Zertifizierung gemäss ISO-Norm 9001:2000**

Die Zertifizierung des QMS durch die Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme SQS fand am 26. und 27. Mai 2008 statt.

#### **Zwischenaudit**

Das erste Zwischenaudit ist für den 8. und 9. Juni 2009 vorgesehen.

#### **Konsequenzen**

- Für die Erarbeitung und Einführung des QMS wurden alle Mitarbeitenden in ihren Bereichen angesprochen und für Qualitätsfragen sensibilisiert. Für die Führungspersonen ergab sich ein direkter Nutzen, indem ihr Zuständigkeitsbereich neu definiert und damit klar zugewiesen werden konnte. Dadurch wurden die Kaderpersonen besser in die Führungsprozesse eingebunden.
- Ein internes Meldesystem zum Erfassen von kritischen Situationen wurde implementiert und wird in einem wöchentlichen Rapport mit den Mitarbeitenden ausgewertet.
- Das EDV-basierte Dokumentenlenkungssystem stellt allen Mitarbeitenden die aktuellen Richtlinien und Arbeitspapiere zur Verfügung.
- Bis zum Zwischenaudit 2009 werden Kenn- und Führungszahlen definiert und monatlich ausgewertet.

### **4.2 Einführung elektronisches Pflege-Assessment (ePA-AC®)**

Kontaktperson: Heiner Zurbrügg, Pflegeexperte HöFa II; Stv. Leiter Pflegedienst  
Chirurgische Klinik und Frauenklinik

#### **4.2.1 Projekttitel**

Weiterentwicklung elektronische Pflegedokumentation und Leistungserfassung (Dok/LEP)

#### **4.2.2 Involvierte Bereiche**

- Pflegedienste aller Kliniken und Standorte der Spital STS AG im Akut- und Post-Akutbereich (ohne Bereich Alterswohnen)
- Informatikabteilung Spital STS AG
- Softwarefirmen:
  - Parametrix Solutions AG (Phoenix), Niederwangen
  - ePa-Competence-Center, Wiesbaden (D)
  - LEP AG, St. Gallen

#### **4.2.3 Ausgangslage und Bedeutung für Leistungserbringer**

Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurde der Pflegeprozess an den verschiedenen Standorten der Spital STS AG unterschiedlich gehandhabt und dokumentiert. Die Umstellung von der Papier- zur elektronischen Form im Rahmen des Klinikinformationssystem (KIS) ist ebenfalls unterschiedlich weit fortgeschritten. Vor dem Einsatz des KIS im Bereich Pflege wurde an den einzelnen Standorten auf unterschiedlichen Konzepten beruhende Arbeitsinstrumente/Pflegedokumentationen in Papierform entwickelt (z.B. Pflegediagnostik in Thun oder

Pflegebedarf-Assessment in Zweisimmen), die sich nicht in befriedigender Form in das KIS integrieren liessen.

#### **4.2.4 Projektziele**

- Weiterentwicklung/strategische Neuausrichtung des pflegespezifischen Teils des bestehenden Klinikinformationssystem KIS mit dem Ziel, ein Pflegedokumentationssystem zu schaffen, das die Arbeitsprozesse unterstützt und erleichtert und zudem die professionellen, betriebswirtschaftlichen und juristischen Anforderungen erfüllt.
- Integration von geeigneten und relevanten Klassifikationen und Assessment-Instrumenten als Hilfsmittel zur effizienten Gestaltung und elektronischen Abbildung des Pflegeprozesses, der Risikoerfassung und zur Generierung von pflegerlevanten Leistungs- und Kennzahlen.
- Verbesserung und Standardisierung der Dokumentationsqualität.

#### **4.2.5 Projektablauf/Methodik**

In einem standortübergreifenden Projektteam, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern aller Kliniken/Standorte aus dem Bereich Pflege und Informatik, wurden in der *Strategie- und Planungsphase* (Februar bis Juni 2007) Anforderungskriterien erarbeitet und verschiedene Softwareprodukte evaluiert. In der *Erarbeitungs- und Entwicklungsphase* (August 2007-Dezember 2008) wurde ein Pflegedokumentationskonzept erarbeitet und in Zusammenarbeit mit den Softwarepartnern die Integration in das KIS vorbereitet. In dieser Phase wurden auch standortübergreifende Informationsveranstaltungen durchgeführt. Die *Einführungs- und Umsetzungsphase* (Beginn 2009) beinhaltet die Vorbereitung und Durchführung von Multiplikatoren- und Anwenderschulungen, die Sicherstellung der Prozessbegleitung und des Supports auf den Stationen sowie die notwendigen IT-Vorbereitungen. Die Pilotphase auf drei Stationen ist im Mai-August 2009, die flächendeckende Praxiseinführung im Herbst 2009 geplant.

#### **4.2.6 Ergebnisse/Projektelevaluation/Konsequenzen**

Nach Abschluss der Pilotphase ist eine Zwischenevaluation und anfangs 2010 eine Analyse der seit der Implementierung erfassten Assessmentdaten vorgesehen. Bedarfsentsprechend wird eine laufende Optimierung und Weiterentwicklung stattfinden. Das neue Pflegedokumentationssystem/KIS bietet die Möglichkeit, weitere Klassifikationen oder Instrumente zu integrieren.

## 5. Indikatoren der Ergebnisqualität

### 5.1 QABE flächendeckende<sup>1</sup> Datenerhebungen und -auswertungen

#### Indikator: Patientenzufriedenheit im stationären Bereich

| 5.1.1 Beschreibung   | 5.1.2 Verwendetes Instrument   | 5.1.3 Patientenkollektiv<br><i>E=Ein- und A=Ausschlusskriterien<br/>R=Rücklauftrate in %</i>   |
|--|--|--|
| Patientenfragebogen zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt | Kurzfragebogen PEQ (Patients' Experience Questionnaire)<br>15 Fragen<br>Bewertung: 1-6<br>6=sehr zufrieden bis<br>1=sehr unzufrieden | E=Aufenthalt im Akutspital mit > 1 Übernachtung im Spital<br>A=Wöchnerinnen; Wohnsitz im Ausland<br><br>Erinnerungsversand durchgeführt (ja/nein): ja<br>R=71.9% |

| 5.1.4 Methodik <sup>2</sup> und Durchführung<br><i>Datensammlung durch</i> | Datenanalyse durch | Dauer der Befragung | Durchgeführte Korrekturen<br><i>(nach Patienten-Mix etc)</i> |
|--|--------------------|---------------------|--|
| Verein Outcome   | Verein Outcome     | 12 Wochen           | Keine  |

| 5.1.5 Resultate<br><i>Beschreibung der Variable / Messgrösse</i> | SpitalQ <sub>75</sub><br><i>Oberstes Quartil</i> | SpitalQ <sub>50</sub><br><i>Median</i> | SpitalQ <sub>25</sub><br><i>Unterstes Quartil</i> | Spital <sub>M</sub> (SD)<br><i>Durchschnittswert des Berichtsspitals</i> | BE <sub>M</sub> (SD)<br><i>Durchschnittswert der Berner Spitäler 2007/08</i> |
|--|--|--|---|--|--|
| Skala: Ärztliche Versorgung                                      | 6  | 5                                      | 1   | 5.4  | 5.4 (0.7)  |
| Skala: Pflegerische Versorgung                                   | 6  | 5                                      | 2   | 5.4  | 5.4 (0.7)  |
| Skala: Organisation, Management und Service im Spital            | 6  | 5                                      | 1.8   | 5.2  | 5.2 (0.7)  |

**Kommentar und Interpretation:** die Patientenzufriedenheit erhoben im Rahmen obiger Pilot-Befragung entspricht dem Durchschnittswert der Berner Spitäler. Generell zeigt die Auswertung ein homogenes Bild auf sehr hohem Zufriedenheitsniveau.

#### Legende:

SpitalQ<sub>75</sub> = Berichtsspital: oberstes Quartil: oberhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten  
 SpitalQ<sub>50</sub> = Berichtsspital: Median: 50% der Antworten liegen unterhalb; 50% oberhalb dieses Werts  
 SpitalQ<sub>25</sub> = Berichtsspital: unterstes Quartil: unterhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten  
 Spital<sub>M</sub> = Berichtsspital: Mittelwert resp. Durchschnittswert  
 BE<sub>M</sub> = beteiligte Berner Spitäler: Mittelwert resp. Durchschnittswert  
 SD = Standardabweichung für den Mittelwert

<sup>1</sup> Inklusive nationale Messungen (Vorgaben des IVQ resp. nationaler Verein Qualitätsentwicklung)

<sup>2</sup> Erfassungsmethodik: PEQ-Pilotmessung Kt.Bern. (Information: Verein Outcome oder Koordinationsstelle QABE)

## 5.2 Weitere QABE-Aktivitäten

### Indikator: Patientenzufriedenheit mit der ambulanten Physiotherapie

| 5.2.1 Beschreibung  | 5.2.2 Verwendetes Instrument   | 5.2.3 Patientenkollektiv<br><i>E=Ein- und A=Ausschlusskriterien<br/>R=Rücklauftrate in %</i>  |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Physiotherapie-Ambulatorien im Kanton Bern</li> <li>• Patientenfragebogen zur Zufriedenheit mit der ambulanten Physiotherapie</li> </ul> | Fragebogen Mecon "Die Physiotherapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten" <ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 geschlossene Fragen zur Patientenzufriedenheit</li> <li>• 3 Fragen zur Person</li> <li>• Freitext</li> </ul> Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) | E=Erwachsene Patientinnen und Patienten in der ambulanten Physiotherapie (Gruppen- und Einzeltherapie) ab der 3. Behandlung<br>A=keine<br>Kein Erinnerungsversand<br><br>Einzeltherapie: 285 Fragebögen<br>Gruppentherapie: 130 Fragebögen<br><br>Rücklauftrate 55.6% |

| 5.2.4 Methodik und Durchführung<br><i>Datensammlung durch</i> | Datenanalyse durch | Dauer der Befragung | Durchgeführte Korrekturen<br><i>(nach Patienten-Mix etc)</i> |
|---|--------------------|---------------------|--|
| Mecon   | Mecon              | 6 Monate            | Keine  |

| 5.2.5 Resultate<br><i>Beschreibung der Variable / Messgrösse</i> | Oberes Quartil<br><i>aller Ambulatorien in der Auswertung</i> | Unteres Quartil<br><i>aller Ambulatorien in der Auswertung</i> | Durchschnittswert des Berichtsspitals | Mittelwert aller Ambulatorien in der Auswertung |
|--|---|--|---------------------------------------|---|
| Weiterempfehlung   | 90.2%   | 84.7%  | <b>92.5%</b>                          | 87.9%   |
| Unzufriedenheits-Index Bereich Allgemeine Information            | 15.8  | 10.6   | <b>12.1</b>                           | 12.9  |
| Unzufriedenheits-Index Bereich Infrastruktur                     | 14.5  | 10.6   | <b>11.1</b>                           | 12.8  |
| Unzufriedenheits-Index Bereich Therapeut                         | 8.4   | 7.4  | <b>8.1</b>                            | 8.0   |

**Kommentar und Interpretation:** Die Physiotherapie der Spital STS AG weist durchgehend einen tiefen Unzufriedenheits-Index auf und liegt in 4 von 5 Indices unter dem Mittelwert aller Ambulatorien in der Auswertung. Das Potential zu Verbesserungen ist gering.

#### Legende:

- oberes Quartil: oberhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten
- unteres Quartil: unterhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten
- Unzufriedenheits-Index: 0 = max. Zufriedenheit; 100 = max. Unzufriedenheit

## 5.3 Spitaleigene Datenerhebung

### Indikator: Sturz

| 5.3.1 Beschreibung | 5.3.2 Verwendetes Instrument   | 5.3.3 Patientenkollektiv<br><i>E=Ein- und A=Ausschlusskriterien</i>   |
|--------------------|--|---|
| Sturzerfassung     | Internes Sturzprotokoll (Papierversion)<br>Sturzdefinition: unfreiwilliges und/oder unkontrolliertes zu Boden sinken oder fallen (Schwendimann 2000) | E=alle stationären Patienten im Akutbereich (inkl. IPS und Postakut-Pflege an allen Standorten der Spital STS AG)<br>A=Wöchnerinnen, Säuglinge, Langzeitpatienten und Alterseinrichtungen<br><br>Anzahl Patienten: 15'905<br>Anzahl Pflage tage: 81'478 |

| 5.3.4 Methodik und Durchführung<br><i>Datensammlung durch</i> | Datenanalyse durch               | Dauer der Befragung | Durchgeführte Korrekturen<br><i>(nach Patienten-Mix etc)</i> |
|---|----------------------------------|---------------------|--|
| Pflegende der Station   | Pflegeexperte/Q-Verantwortlicher | 1 Jahr              | Keine  |

| 5.3.5 Resultate<br><i>Beschreibung der Variable / Messgrösse</i>  |       |
|---|-------|
| Anzahl erfasste Stürze  | 358   |
| Sturzrate bezogen auf Anzahl Patienten  | 2.25% |
| Anzahl Stürze pro 1000 Pflage tage  | 4.56  |
| <b>Kommentar und Interpretation:</b> Im Verlauf des Berichtsjahres wurden die Erfassung und die Auswertung der Stürze einheitlich und standortübergreifend in das Klinikinformationssystem integriert. Die bisher dezentral durchgeführte Sturzerfassung und –auswertung wurde 2008 somit erstmals zentral durchgeführt. Ein Vergleich mit Vorjahreszahlen ist daher noch nicht möglich. Jedoch können bereits klinik- oder standortspezifische Vergleiche durchgeführt werden. Folgerungen und Massnahmen werden dezentral durchgeführt. |       |

## 6. Ausblick

Die langfristige künftige Qualitätsstrategie wird geprägt durch nationale Entwicklungen (Revision KVG Art. 22a und KVV Art 31, Einführung Swiss-DRG, Strategie von IVQ, QABE und H+, Qualitätsindikatoren auf Grundlage statistischer Daten des BfS). Mittelfristig werden wir uns schwerpunktmässig mit dem weiteren Ausbau des klinischen Risikomanagement und der Förderung von Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit befassen. Bestehende Instrumente im Bereich des patientenbezogenen Risikoassessment sollen systematisch genutzt werden. Zudem werden wir die Einbindung von Daten aus fachspezifischen Registern und Datenbanken zum Nutzen der Qualitätsentwicklung der Spital STS AG aktiv unterstützen.

Dank permanenter Anpassung der Prozesse an die wechselnden Rahmenbedingungen und Kontrolle dieser Prozessänderung mittels der Instrumente eines breit abgestützten Qualitätsmanagements, positioniert sich die Spital STS AG gut gerüstet für die kommenden Herausforderungen im schweizerischen Gesundheitswesen.

Die Kontaktpersonen geben Ihnen gerne weitere Auskünfte bezüglich des Qualitätsmanagements und qualitätsbezogener Projekte der Spital STS AG.

Dr. med. Thomas Zaugg, Qualitätsleiter Spital STS AG

Thun, April 2009

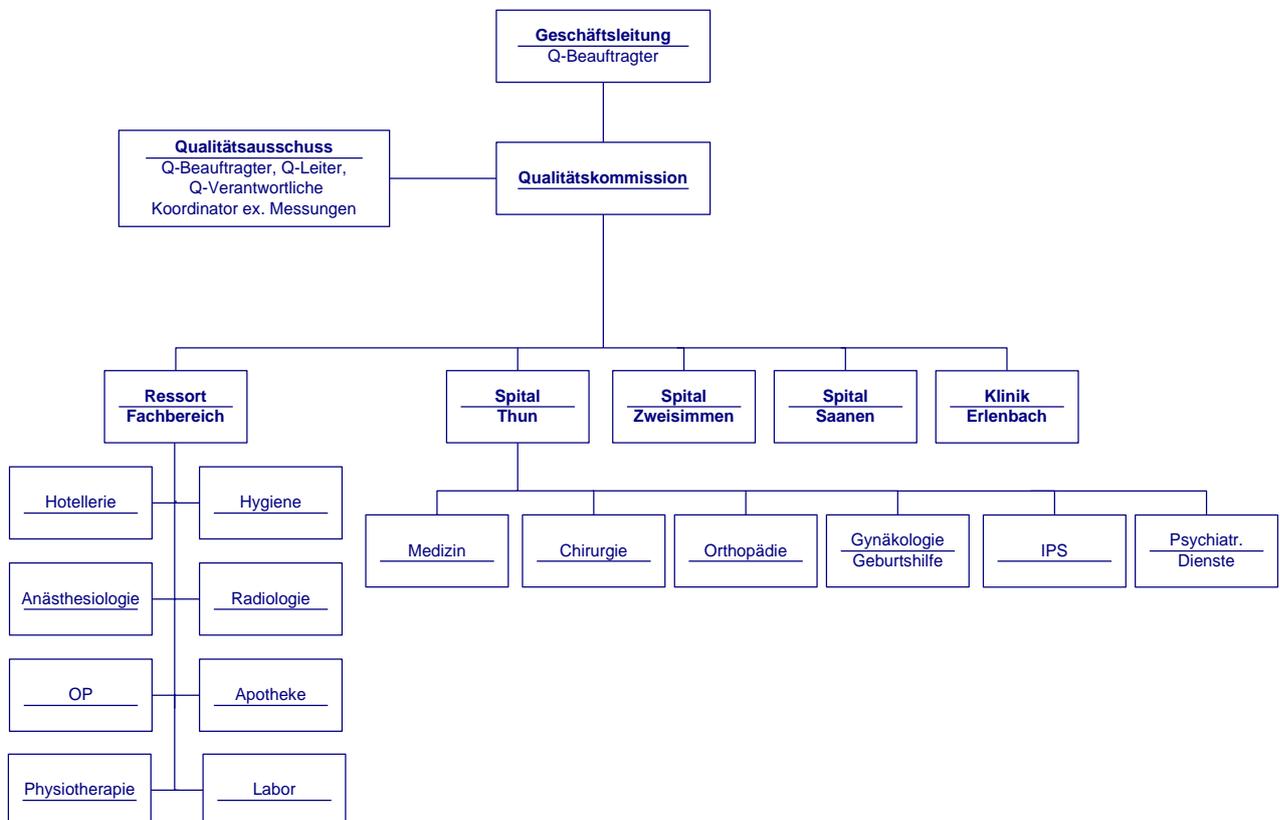
## 7. Anhänge

### 7.1 Organisation des Q-Management

#### 7.1.1 Q-Struktur, Organe und Verantwortliche

|  |  |
|--|--|
| Geschäftsleitung:                                  | Vorsitzender: Beat Straubhaar, CEO<br>Spitaldirektor: Dr. Christian Pfammatter, COO (Qualitätsbeauftragter)  |
| Q-Ausschuss:                                       | Leitung: Dr. Thomas Zaugg (Qualitätsleiter)<br>Stv. Leitung: Dr. Christian Pfammatter (Qualitätsbeauftragter)<br>Carla Jordi (Qualitätsverantwortliche)<br>Edith Hammerich (Qualitätsverantwortliche)<br>Dr. Thomas Zehnder (Qualitätsverantwortlicher)<br>Heiner Zurbrügg (Koordinator externe Messungen) |
| Q-Kommission Spital STS AG                         | Leitung: Dr. Thomas Zaugg (Qualitätsleiter)<br>Stv. Leitung: Dr. Christian Pfammatter (Qualitätsbeauftragter)  |
| Q-Kommission Spital Zweisimmen                     | Leitung: Edith Hammerich (Standortleiterin)  |
| Q-Kommission Spital Saanen                         | Leitung: Martina Gläsel (Standortleiterin)   |
| Q-Zirkel und Q-Foren in Kliniken und Fachbereichen | Leitung: Klinik- und Fachbereichsleitung   |
| <b>Bemerkungen</b>                                 | Das Qualitätsmanagement ist geregelt durch das Strategiepapier und das Qualitätskonzept. Das Qualitätskonzept ist gültig für die gesamte Spital STS AG mit den Spitälern Thun, Zweisimmen, Saanen und der Klinik Erlenbach.  |

#### 7.1.2 Organigramm des QM Stand März 2009



## **7.2 Q-Leitsätze; Auszug aus dem Q-Konzept der Spital STS AG**

### **7.2.1 Einleitung**

Das vorliegende Konzept beschreibt die Grundlagen, Strategien, Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements der Spital STS AG. Es basiert auf der Unternehmensstrategie und den darin beschriebenen Unternehmenszielen. Die operative Umsetzung dieser Unternehmensziele erfolgt mit dem Instrument Balanced Scorecard BSC. Die in der Unternehmensstrategie definierten operativen Massnahmen beziehen sich auf die Dimensionen Finanzen, Kunden, Prozesse und Potenziale. Diese sind auch für das Qualitätsmanagement des Unternehmens massgebend.

Weitere Grundlagen sind die Artikel 56 und 58 Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG, sowie Artikel 77 der Verordnung über die Krankenversicherung KVV, der Rahmenvertrag H+/santésuisse und der Leistungsvertrag Kanton Bern.

Gültigkeitsbereich: Das vorliegende Qualitätskonzept ist für die gesamte Spital STS AG gültig.

### **7.2.2 Qualitätsphilosophie**

Wir orientieren uns am Ansatz des Total Quality Managements TQM und dem EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) und dem darin enthaltenen Qualitätsverständnis.

### **7.2.3 Zielsetzung und Leitgedanken des Qualitätsmanagements**

Zielsetzung ist eine nachhaltige Qualitätsentwicklung mit Schwerpunkt auf kontinuierliche Verbesserung und Innovation im Tätigkeitsbereich der Spital STS AG. Daraus abgeleitete Leitgedanken sind:

- systematisches und gezieltes Qualitäts- und Riskmanagement
- ganzheitliche kundenorientierte Denkweise (TQM)
- Einbindung aller Mitarbeitenden und Linienstellen in die Qualitätsentwicklung und -verantwortung (bottom-up und top-down-Ansatz)
- periodische kritische Analyse und kontinuierliche Verbesserung von Prozessen und Outcomes (Continuous Quality Improvement CQI)
- interdisziplinäre Erarbeitung von Problemlösungen

### **7.2.4 Organisation der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung**

Das Qualitätsmanagement der Spital STS AG ist stark vom Modell des dezentralen Ansatzes geprägt, das nebst top-down-Prozessen vor allem auch bottom-up-Prozesse ermöglicht und fördert. Die Führungsverantwortlichen aller Ebenen (Geschäftsleitung, Direktion, Standorte, Kliniken, Fachbereiche, Organisationseinheiten) sind primär sowohl für das strategische als auch das operative Qualitätsmanagement in ihrem Bereich verantwortlich und verfügen über die dafür notwendige Autonomie. Zusammen mit ihren Mitarbeitenden leisten sie den wesentlichsten Teil der Qualitätsarbeit. Zur Gestaltung ihrer Qualitätsprozesse nutzen sie unterschiedliche Möglichkeiten, Instrumente und Gefässe wie z.B. Q-Zirkel, Q-Foren, Pflege- und Qualitätsentwicklungssitzungen, Evaluationen, Messungen, Audits etc. Die im nachfolgenden Kapitel aufgeführten qualitätsspezifischen Gremien und Funktionsträger nehmen vor allem übergeordnete, strategische, koordinative und supportive Funktionen und Aufgaben wahr.

## **7.3 Links zur Organisation zum Q-Management**

### **7.3.1 Geschäftsbericht der Spital STS AG**

<http://www.stsag.ch/fileadmin/media/thun/pdf/Organisation/Jahresbericht2008.pdf>

### **7.3.2 Website Q-Management des Spital STS AG**

<http://www.spitalstsag.ch/organisation-spital-sts-ag/qualitaetsmanagement/q-strategie.html>