



Kantonsspital Bruderholz 4101 Bruderholz

www.bruderholzspital.ch



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	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	8
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	8
D2	ANQ-Indikatoren	9
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	9
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	9
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	9
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	10
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	10
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	11
E1	Pflegeindikatoren	11
E1-1	Stürze	11
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	11
F	Verbesserungsaktivitäten	12
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	12
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	12
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	13
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	14
G	Schlusswort und Ausblick	15
H	Impressum	16

A

Einleitung



Das Kantonsspital Bruderholz verfügt über 430 Betten, verteilt auf 15 Bettenstationen. Angeboten wird eine so genannte 'erweiterte Grundversorgung', d.h. bis zu 95% aller Fälle können hier behandelt werden. Dazu stehen verschiedene Institute und Kliniken mit ausgewiesenen Fachleuten zur Verfügung. Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege sind unter einem Dach vereint. Diese Kombination ist in der Region Basel einmalig.

Das medizinische Leistungsangebot umfasst:

- 24-Stunden-Notfallstation
- Innere Medizin und ihre Spezialitäten
- Chirurgie und ihre Spezialitäten
- Orthopädie und ihre Spezialitäten
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Akutgeriatrie
- Rehabilitation
- Radiologie
- Anästhesie und Intensivmedizin
- Zentrallaboratorien
- Medizin-diagnostisches Zentrum
- Therapiezentrum mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
- Ambulante Sprechstunden in allen Kliniken

Weitere medizinische Angebote und Dienstleistungen sind:

- Konsiliarärzte aus vielen anderen medizinischen Disziplinen
- Traditionelle chinesische Medizin (TCM)
- Sozialberatung
- Ernährungs- und Diabetesberatung
- Psychologische Betreuung und Seelsorge

Ein wichtiges Anliegen ist der aktive Informationsaustausch mit Hausärzten und anderen externen Fachpersonen. Dabei kommt dem persönlichen Kontakt eine grosse Bedeutung zu. So werden Schnittstellen zu Nahtstellen.

B

Qualitätsstrategie



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

- Analyse von Wartezeiten und Ergreifen von Massnahmen (Reaktion auf Patientenbefragung)
- Prozesse und Patientenpfade in den Kliniken erstellen im Hinblick auf freie Spitalwahl, DRG
- Kommunikationsschulung der MA (Reaktion auf Patientenbefragung)
- Resultate aus MA-Befragung fertig analysieren
- Neue Parkplatzregelung zur Gewährleistung von Parkraum für Besucher und Mitarbeitende
- Umgestaltung der ambulanten Bereiche mit Schwerpunkt der Wartezonen
- Sanierung der Bettenstationen und Eingangsbereich (sanitäre Anlagen = Reaktion auf Patientenbefragung)
- Vorbereitung des Bereiches I&H zur Zertifizierung ISO 9001:2008

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- Kommunikationsschulung wurde von 2/3 der Mitarbeitenden absolviert
- Wartezeiten konnten reduziert werden und sind durch Umgestaltung der Wartezonen generell kundenfreundlicher
- Neue Parkplatzregelung wurde mit 225 Umsteiger auf ÖV unter den Mitarbeitenden erfolgreich umgesetzt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Definition der Prozesslandschaft im Gesamtbetrieb
- Einführung Q-System im gesamten KSB
- Bewerbung Therapie&Beratungen für Esprix Award 2011
- Zertifizierung ISO 9001:2008 der Infrastruktur und Hotellerie

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: |
| Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 100 (für MA gem. B6) Stellenprozente zur Verfügung. | |

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Urs-Peter MODESPACHER	061 436 30 66	urs.modespacher@ksbh.ch	Leiter IT/PR/QM Mitglied Geschäftsleitung Qualitätsbeauftragter
Dorothee MEIER	061 436 30 65	dorothee.meier@ksbh.ch	Projektleiterin QM Koordination und Begleitung der Q- Aktivitäten im Spital (ausserhalb Infrastruktur & Hotellerie mit eigenem Q-Management)
Thomas Bollinger	061 436 27 71	thomas.bollinger@ksbh.ch	Leiter Qualitätsmanagement Infrastruktur & Hotellerie Q-Verantwortlicher Therapien- Beratungen

Qualitätsverantwortliche / Q-Team:

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
René Gröll	061 436 22 90	rene.groell@ksbh.ch	Q-Beauftragter Zentrallaboratorien
Hans-Martin Grünig	061 436 23 60	hans-martin.gruenig@ksbh.ch	Leiter Apotheke Kantonsapotheker BL
Andréa Ruprecht	061 436 23 93	andrea.ruprecht@ksbh.ch	Stv. Leiterin Qualitätsmanagement Infrastruktur & Hotellerie Q-Verantwortliche Hotellerie
Thomas Nussbaumer	061 436 23 81	thomas.nussbaumer@ksbh.ch	Leiter Gastronomie
Adrian Sohn	061 436 26 66	adrian.sohn@ksbh.ch	Q-Verantwortlicher Küche
Andreas LEHMANN	061 436 27 62	andreas.lehmann@ksbh.ch	Mitarbeiter Facility-Mgmt Q-Verantwortlicher Facility-Mgmt & Technik
Christian WILMES	061 436 30 74	christian.wilmes@ksbh.ch	Pflege-Experte Q-Verantwortlicher Pflege

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	43'569	93'978 Konsultationen
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		Amb. = keine Zahlen getrennt nach Geburtshilfe Erwachsene, Geburtshilfe Säuglinge und Gynäkologie verfügbar
Anzahl stationäre Patienten	13'350	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	846	
Anzahl Pflege tage gesamt	137'677	
Bettenanzahl per 31.12.	427	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	10.7	Gesamtspital = Pflege tage : Spitalaustritte (Pflege tage : Klinikaustritte = 10.3 Tage)
Durchschnittliche Auslastung der Betten in %	88.3	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patientenzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☒	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008	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 Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / 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			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐ VO: PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ 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.	

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
☐	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
☒	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
☒	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008 Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit



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.	

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?		
Bemerkung: Dieser Indikator war Ende 2008 noch nicht abschliessend definiert und somit im 2009 für eine Messung nicht bereit. Da die generelle Einführung von SQLape erst im Herbst 2010 erfolgt, werden Daten frühestens per 2011 verfügbar sein.			

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:	Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		
Bemerkung: Dieser Indikator war Ende 2008 noch nicht abschliessend definiert und somit im 2009 für eine Messung nicht bereit. Da die generelle Einführung von SQLape erst im Herbst 2010 erfolgt, werden Daten frühestens per 2011 verfügbar sein.			

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.		
☒	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☒	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☐ Hernieoperation		
☒ Operation am Dickdarm	27 / 1 (3.7%)	- Erfasste OP / Infektionen (%) - Daten erst ab Studienbeginn 1. Juni- 31. Dezember 2009 verfügbar - Teilnahme an Studie ist für Patienten freiwillig
☒ Kaiserschnitt	79 / 0 (0%)	
☐ Herzchirurgie		
☒ Hüftgelenksprothesen	123 / 3 (2.4%)	
☒ Kniegelenksprothesen	89 / 3 (3.3%)	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-4 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.		
☐	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AQC	B (gesamte Chirurgie)	B (in der Zwischenzeit von Spitalverband gefordert)	C (ab Juli 2009)
Bemerkungen			
Resultat : Bei 56 Kolon und Rektumeingriffen, 3 Wundinfekte inkl Platzbauch			

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



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		Unkontrollierter, unfreiwilliger Positionswechsel des Körpers, der zum Bodenkontakt des Rumpfes führt.	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	alle Pflegestationen		
Ergebnis gesamt:	2009 3.1	Anteil mit Behandlungsfolgen:	Anteil ohne Behandlungsfolgen:
☐ 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:	intern entwickeltes standardisiertes Sturzprotokoll
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	alle Pflegestationen	Ergebnis gesamt:	17
☐ 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					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	intern entwickeltes standardisiertes Dekubitusprotokoll
☐ 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
Spitalapotheke	ISO 9001/2000 & RQS	2007		Erstzertifizierung
Zentrallaboratorien	ISO-IEC 17025	2001	2006	
Therapie & Beratungen	Committed to Excellence	2008		EFQM Validierung
Therapie & Beratungen	ISO 9001:2008	2009		Erstzertifizierung

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, permanenten Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb / Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
ganzer Betrieb	CIRS (interne Erfassung) anonymisierte Meldung kritischer Ereignisse	Ursachen, die zu kritischen Ereignissen führen, erkennen und die entsprechenden Massnahmen festlegen	läuft kontinuierlich
Therapie&Beratungen	Selfassessment nach dem EFQM- Modell	Weiterentwicklung von Business Excellence Input für KVP	406 Punkte
	Interne Audits über alle Prozesse	Prozessoptimierung	Alle Prozesse auditiert
	Fehlermeldungen Prozesse	Input für KVP	läuft kontinuierlich
	Systematische Nahtstellengepräche mit dem Pflegedienst	Prozessoptimierung	läuft kontinuierlich
	Management-Review	Management-Bewertung	zur Publikation Anfang 2010 bereit
	Kundenbefragung Therapiekoordination	Erfassung von Kundenbefürfnissen	abgeschlossen
Infrastruktur & Hotellerie	Selfassessment nach dem EFQM- Modell	Standortbestimmung, Vorbereitung für das „Comitted to Excellence“	Selfassessment mit erweitertem Kader 1.12.2009: 282 Punkte
Kliniken / Pflegestationen	<u>Präventionsmassnahmen zum Thema Infektionen</u> - Schulen der Standardhygienemassnahmen zur Vorbeugung von nosokomialen Infektionen - Händedesinfektion, die Flächendeckend eingeführt und	Anzahl Infektionen möglichst tief halten	läuft kontinuierlich

	geschult ist. Das Kantonsspital Bruderholz nimmt regelmässig an gesamtschweizerischen Studien zum Thema teil		
Pflegedienst	- Flächendesinfektion für den gesamten Betrieb geregelt - Isolationsmassnahmen, die in Standards dokumentiert sind - Meldepflicht für Pflegenden und Ärzte bei spez. Vorkommnissen <u>1. Sturzprävention:</u> - Eine Erstbeurteilung des Sturzrisikos bei Eintritt - 3 Kategorien von Massnahmen zum erfassten Sturzrisiko (Basis-, Erweiterte -, Einschränkung der Massnahmen) - Resultat des Sturzrisikos sowie alle Massnahmen werden in der Pflegedokumentation festgehalten <u>2. Dekubitusprävention</u> - Dekubitusrisiko wird mittels Nortonskala bei allen gefährdeten Patienten erfasst - Alle Patienten mit einer Punktezahl >5 erhalten eine angepasste Dekubitusprophylaxe - Resultat des Dekubitusrisikos sowie alle Massnahmen werden in der Pflegedokumentation festgehalten	Anzahl Stürze möglichst tief halten Anzahl Dekubiti möglichst tief halten	läuft kontinuierlich läuft kontinuierlich

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)
Gesamtspital	Prozesslandschaft und –management ganzes Spital	Prozessorientiertes Spital und Einführung eines Qualitätssystems	ab Nov. 2009
Gesamtspital	Meldemanagement	Alle Meldungen zu Ereignissen gehen über zentrales Meldeportal und werden elektron. bearbeitet (KVP) und ausgewertet.	Sept. 2009 – Dez. 2010
Therapie & Beratungen	Vorbereitung für die Bewerbung der Organisation für den Esprix Award 2011 Einführung der elektronischen Verordnung	Weiterentwicklung in Business-Excellence Externe Bewertung des Reifegrads der Business Excellence Verbesserte Auftragsqualität, Prozessoptimierung,	Oktober 2009 bis August 2010 (Abgabe der Bewertung) 2007 bis 2010
Infrastruktur und Hotellerie	Zertifizierung ISO 9001:2008	Aufbau eines prozessorientierten Management-Systems	Mai 2009 bis Juni 2011

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitel	Zertifizierung ISO 9001:2008	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Erfüllung der Anforderung der ISO 9001:2008	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Das Projekt sollte mittels der externen Überprüfung durch die SQS bestätigen, dass die Therapie- und Beratungsdienste die Anforderungen an ein prozessorientiertes QM-System erfüllen. Die Leistungsqualität wird verbessert, indem die zentralen Anforderungen der Norm erfüllt und umgesetzt werden: • Kundenorientierung → Effektivität • Prozessorientierung → Effizienz • Kontinuierliche Verbesserung → fortlaufende Anpassung des Systems an die Anforderungen	
Projektablauf / Methodik	1. Bestimmung der Strategie mittels SWOT-Analyse und SWOT-Matrix 2. Festlegung der zur Leistungserfüllung notwendigen Hauptprozesse und ihrer Verknüpfung untereinander 3. Schulung der Prozesseigner und Aufbau der Prozessteams 4. Aufbau der Prozessdokumentation und der Anschlussdokumente 5. Festlegung von Prozesskennzahlen zur Lenkung und Leitung der Prozesse 6. Information und Schulung der Prozessbeteiligten 7. Aufbau der Balanced-Score-Card zur Leitung und Lenkung der Strategischen Ziele 8. Durchführung und Auswertung der internen Audits 9. Implementierung eines Fehlermanagements 10. Umsetzung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) 11. Verdichtung der Qualitäts- und Prozesskennzahlen im Management-Review	
Projektergebnisse	• Die Zertifizierung wurde am 30. November 2009 ohne Auflagen erteilt	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Das Projekt wurde im Bereich Therapie- und Beratungsdienste durchgeführt. Diese umfassen folgende Abteilungen: • Ergotherapie • Ernährungsberatung • Logopädie • Physiotherapie • Sozialberatung • Therapiekoordination	
Involvierte Berufsgruppen	ErgotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen, Logopädinnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, administrative MitarbeiterInnen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Das Projekt konnte mit internen Ressourcen fristgerecht und erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen werden.	
Weiterführende Unterlagen	Audit/Assessmentsbericht der SQS vom 30.11.2009	

Projekttitel	Meldemanagement Kantonsspital Bruderholz	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	• Erhöhung der Melderate durch benutzerfreundliche Anwendung • Verbesserung der Datenqualität • Bearbeitung der Meldungen in Form des KVP's	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Das Meldemanagement des Gesamtbetriebes ist in einem Prozess definiert. In einem zentralen Meldeportal stehen die Meldeformulare für alle Mitarbeitenden zur Verfügung. Das Ausfüllen der Meldung sowie deren Versand an die im Prozess definierten Verantwortlichen passieren elektronisch. Der elektronischen Vorgehensweise der Meldungen liegt ein KVP zu Grunde, der vom Prozesseigner des dazugehörenden Prozess bearbeitet wird. Mittels Auswertungen können der Status sowie die Einhaltung von im KVP gesetzten Terminen durch die Q-Verantwortlichen jederzeit überprüft/kontrolliert werden.	
Projektablauf / Methodik	• Ist-Analyse der aktuell bestehenden Meldungen • Definition des Prozesses "Meldemanagement" • Definition der notwendigen Meldeformulare zur Qualitätssicherung • Import der Meldeformulare in Q-System (Software) • Test • Eröffnen des Meldeportals im Intranet • Schulung der User (Q-Verantwortliche, Prozesseigner) • Information & Instruktion des gesamten Betriebes • Produktivstart	
Projektergebnisse	• Zugang zu Meldeformularen durch Meldeportal vereinfacht • Datenqualität durch einheitliche Fragestellungen in elektronischer Version gesteigert	
Einsatzgebiet	☒ Gesamtspital	
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeitenden des Kantonsspitals Bruderholz	
Weiterführende Unterlagen	Projektdefinition "Meldemanagement"	

G

Schlusswort und Ausblick



Qualität ist ein zentrales Thema, welches im Hinblick auf die kommenden DRG's an Bedeutung gewinnt. Das Kantonsspital Bruderholz nimmt diese Herausforderung in Form der Einführung eines Qualitätssystems und damit verbunden dem Aufbau der Prozesslandschaft an. Klar definierte Abläufe und Kennzahlen dienen der konsequenten, laufenden Verbesserung – ein wichtiges Anliegen des Kantonsspitals Bruderholz.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



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