

Qualitätsbericht 2007

 **INSELSPITAL**

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

2007

INHALTSVERZEICHNIS

1	Das Inselspital, Universitätsspital Bern.....	3
1.1	Verzeichnis der Anhänge	4
2	Q-Strategie und Erfolge	5
2.1	Qualitätsmanagementstrategie.....	5
2.2	Q-Hauptschwerpunkte 2007	5
2.3	Erreichte Q-Ziele 2007	6
3	Q-Aktivitäten	7
3.1	Übersichtsliste und Grad der Umsetzung von permanenten Q-Massnahmen	7
3.2	Zertifizierungen.....	9
3.3	Akkreditierungen.....	9
3.4	EFQM (European Foundation of Quality Management):	9
3.5	Übersichtsliste der Qualitätsmessungen 2007	9
3.6	Übersichtsliste der Q-Projekte.....	10
3.6.1	<i>Business Excellence Modelle</i>	10
3.6.2	<i>Organisation/Konzepte</i>	10
3.6.3	<i>Prozessoptimierungen/Standardisierungen</i>	11
3.6.4	<i>Patientensicherheit</i>	11
3.6.5	<i>Ergebnisse/Zufriedenheit</i>	12
4	Ausgewählte Q-Projekte	13
4.1	DoseWatchers	13
4.2	Verbesserung der Sicherheit im Umgang mit parenteralen Zytostatika	14
5	Ausblick	16
6	Anhänge	17
6.1	Personeller und organisatorischer Stand/Änderungen im Q-Managements	17
6.2	Q-Leitsätze	17
6.3	Verweis (Link) zu weiteren relevanten Dokumenten	18
6.4	Angaben zu Kontaktpersonen	18

1 Das Inselspital, Universitätsspital Bern

Das Inselspital ist eine privatrechtliche Stiftung, die im Auftrag der Regierung des Kantons Bern die Funktionen eines Zentrums- und Universitätsspitals ausübt. Das Inselspital nimmt im Schweizerischen Gesundheitswesen eine bedeutende Stellung ein. Es ist ein medizinisches Kompetenz-, Hochtechnologie- und Wissenszentrum mit internationaler Ausstrahlung und ein Ort der Begegnung für Wissenschaft und Forschung. Das Inselspital hat folgende Leitideen gegeben:

„Das Inselspital als medizinisches Zentrum des Kantons Bern dient der Bevölkerung durch fachlich und menschlich hervorragende Patientenbetreuung. Es betreibt Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Berufen des Gesundheitswesens und ermöglicht qualifizierte Forschung. Es setzt Massstäbe in seinen Leistungen und seiner Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen Tätigen.“

Das Inselspital Bern beschäftigte im Jahr 2007 gemäss Jahresbericht insgesamt 6'774 Personen auf 5'303 Vollzeitstellen. Im gleichen Jahr wurden in den Einrichtungen des Inselspitals 36'500 Patientinnen und Patienten stationär, 7'979 teilstationär und rund 207'520 ambulant behandelt.

Die 37 Kliniken und Institute sind zu neun Departementen zusammengefasst.

Für die operative Führung ist die Spitalleitung unter dem Vorsitz des Direktionspräsidenten zuständig. Die erweiterte Spitalleitung bestehend aus den Vorsitzenden der Departementsdirektorien sowie den Mitgliedern der Spitalleitung berät die Spitalleitung. Die verbindliche, strategische Ausrichtung erfolgt durch den Verwaltungsrat des Inselspitals Bern.

Der Verwaltungsrat und der Verwaltungsratspräsident sind von der Regierung des Kantons Bern für eine Amtsperiode von vier Jahren (2008 – 2012) gewählt. Der Verwaltungsrat weist folgende Mitglieder auf:

- Peter Rychiger, Steffisburg (Präsident)
- Dr. med. Beat Geering, Wasen i.E. (Vizepräsident)
- Franziska Borer Winzenried, Fürsprecherin, Lyss
- Dr. rer. pol. Heinz Hänni, Unternehmensberater, Bern
- lic. oec. Margret Kiener Nellen, Fürsprecherin, Nationalrätin, Bolligen
- Dr. iur. Markus Moser, Fürsprecher, Niederwangen
- Hermann Weyeneth, Nationalrat, Jegenstorf
- Franziska Widmer, Bern
- Prof. Urs Würzler, Rektor Universität Bern, Bern.

Die Spitalleitung besteht aus folgenden sechs Mitgliedern (die Direktion Lehre und Forschung ist zurzeit a. i. durch den Ärztlichen Direktor besetzt):

- Dr. oec. publ. Urs Birchler, Direktionspräsident
- Prof. Dr. med. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor und Stv. des Direktionspräsidenten
- Beatrice Buchmann, Direktorin Pflege / MTT
- Bernhard Leu, Direktor Betrieb
- Gerold Bollinger, Direktor Dienste
- Ursula Schaufelberger, Leiterin Direktionsbereich Personal

Die erweiterte Spitalleitung umfasst zurzeit 16 Personen und setzt sich aus den Mitgliedern der Spitalleitung und den Vorsitzenden der Departementsdirektorien zusammen.

Für die Lehre und Forschung hat das Inselspital mit der Universität eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Die Medizinische Fakultät erteilt den Kliniken/Instituten Leistungsaufträge für die Lehre und Forschung. Durch die gegenseitige Vernetzung der Führungsorgane der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität und des Inselspitals soll die universitäre Lehre und Forschung sichergestellt werden.

1.1 Verzeichnis der Anhänge

- Personeller und organisatorischer Stand und allfällige Änderungen des Q-Managements
- Qualitätsleitsätze (Teil der Qualitätsmanagementstrategie)
- Verweis (Link) zu weiteren relevanten Dokumenten
- Angaben zu Kontaktpersonen

2 Q-Strategie und Erfolge

2.1 Qualitätsmanagementstrategie

Die Fachstelle für Qualitätsmanagement (FQM) richtet sich nach der Unternehmensstrategie 2007 – 2010, welche im Jahre 2007 vom Verwaltungsrat genehmigt wurde. Für den Bereich Qualitätsentwicklung weisen wir insbesondere auf die Perspektiven Anspruchsgruppen und Prozesse hin, worin das Wohl der Patienten im Zentrum steht mit dem Ziel, die Zufriedenheit unserer Patienten zu steigern. Ein weiteres strategisches Ziel beinhaltet die Steigerung der Zufriedenheit bei zuweisenden und abnehmenden Leistungserbringern. Eine weitere Perspektive betrifft die Optimierung der Prozesse, welche vor allem auf die kontinuierliche Verbesserung der Kern-, Führungs- und Leistungsprozesse fokussiert¹.

2.2 Q-Hauptschwerpunkte 2007

Am 19.02.2007 hat die Spitalleitung das Projekt „QM-Strategie/Leistungsvereinbarung“ genehmigt und der FQM und der Q-Kommission den Auftrag erteilt, das Projekt in einem Pilot umzusetzen. An der Pilotphase beteiligen sich drei Kliniken (Klinik für Orthopädie, Klinik für Kardiologie, Intensivstation) und ein Departement (DINA). Das Projekt wird im Oktober 2008 abgeschlossen. Die Ergebnisse dienen der Spitalleitung für die Entscheidungsfindung des weiteren Vorgehens.

Weitere Schwerpunkte waren die verschiedenen Berichterstattungen an das H+ und das Audit betreffend Qualitätsmanagement im Inselspital. Das Audit wurde von der Stiftung sanaCERT, im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, durchgeführt.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat in Zusammenarbeit mit den Versicherern am 22.11.2007 den Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung in den Spitälern (IVQ) gegründet. Die Leistungserbringer haben bei Entscheidungen betreffend Qualitätsbestrebungen ein analoges Stimmrecht zu den beiden Mitgliederkategorien bzw. Gründungsmitglieder (Kantone und Versicherer) und können somit einen direkten Einfluss auf der interkantonalen Ebene ausüben.

1

http://iww.insel.ch/fileadmin/Direktionen/DP/dp_user/U-Entwicklung/pdf/Inselspital_Unternehmensstrategie_2007-2010.pdf.

Ein bedeutender interner Schwerpunkt war die Prämierung herausragender Qualitätsentwicklungsprojekte. Es haben sich elf Projekte beworben, vier davon konnten mit einem Preis ausgezeichnet werden.

2.3 Erreichte Q-Ziele 2007

- Die von der Q-Kommission organisierte Prämierung herausragender Qualitätsprojekte und die Durchführung der Preisverleihung haben am 14.12.2007 stattgefunden.
- In der Ärztlichen Direktion konnten drei Projekte abgeschlossen, die Validierung durchgeführt werden mit dem Ergebnis des Erreichungsgrades von Level 1 im Rahmen des European Foundation of Quality Management (EFQM).
- Es konnten weitere sechs Kliniken an das System EBKE (Erfassung und Bearbeitung von kritischen Ereignissen) angeschlossen werden, s.a. Kapitel 4.1
- Der Patientenbetreuungsprozess (Eintritt bis Austritt) wurde modelliert und ist für die Genehmigung bei der Spitalleitung vorbereitet.

3 Q-Aktivitäten

3.1 Übersichtsliste und Grad der Umsetzung von permanenten Q-Massnahmen

Q-Massnahmen	Grad der Umsetzung
Strukturierte und standardisierte Weiterentwicklung der bestehenden qualitätssichernden Führungsinstrumente und -massnahmen zu einer kontinuierlichen, funktions- und bereichsübergreifenden, dokumentierten Qualitätsentwicklung	Zur Zeit wird die angepasste Qualitätsmanagementstrategie in einem Pilotprojekt eingeführt. Diesbezüglich Ergebnisse folgen Ende 2008.
Durchführung Qualitätsentwicklungsprojekte (s. auch Kapitel 3.6)	Elf Projekte wurden abgeschlossen Sieben Projekte initiiert, Abschluss 2008 bzw. 2010 geplant.
Prozessmanagement	Es wurden acht Projekte mit dem Schwerpunkt Prozessoptimierung unterstützt.
Risiko- und Präventionsmanagement im klinischen Bereich <ul style="list-style-type: none"> ▪ EBKE (Erfassung und Bearbeitung kritischer Ereignisse – Dito CIRS) 	23 von 37 Kliniken/Institute sind etabliert und arbeiten mit diesem Fehlermeldesystem.
Medizinproduktevigilanz	Im Jahr 2007 wurden vom Inselspital zwei Meldungen ausgelöst, und von Seiten Swissmedic wurde eine Meldung registriert.
Outcome-Messungen	Durchführung von drei Messungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akutes coronares Syndrom ▪ Cerebro vaskulärer Insult ▪ Emerge (Kindernotfall)

Newsletter	Der Newsletter (Aktuelles im Q-Geschehen) wurde zweimal an alle Leitenden MitarbeiterInnen versandt.
Erfassung der stationären Patientenzufriedenheit (Picker Institut)	Die Messung findet alle zwei Jahre statt. Der Rücklauf betrug 64%.
Unterstützung von ISO-Zertifizierungen und Akkreditierungen, Methode Q (Pflegerqualitätshebungen), Selbstevaluation nach EFQM	Laufend, s. auch 3.2/3.3
Schulungen zum Thema Qualität	Es fanden interne Schulungen zu folgenden Themen statt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prozessmanagementschulung (1x) ▪ CaseWise - Prozesstoolschulung (2x) ▪ Risikomanagement (1x) ▪ Assessmentausbildung Business Excellence (1x)
Durchführung Q-Talk (eine Plattform zum Austausch von Erfahrungen)	Es wurden vier Q-Talks zu folgenden Themen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ EFQM (European Foundation for Quality Management) ▪ Inselprojekte ▪ Der elektronische Patient ▪ Riskmanagement <p>Durchschnittlich wurden diese Veranstaltungen von 30-40 Personen besucht.</p>

3.2 Zertifizierungen

- Bereich Medizintechnik ISO 9001:2000
- Bereich Logistik ISO 9001:2000
- Bereich Hauswirtschaft ISO 9001:2000
- Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation am Schweizer Herz- und Gefässzentrum Bern ISO 9001:2000
- Zentrale Sterilgutversorgung (ZSVA) ISO 9001:2000, ISO 13485:2003
- Chirurgische Universitätskinderklinik und Poliklinik. Operationsbereich und Druckmessungslabor ISO 9001:2000
- 32 Pflegeeinheiten, Zertifizierung nach der Methode Q (Firma concret AG)

3.3 Akkreditierungen

- Institut für Klinische Chemie ISO/IEC 17025
- Molekulare Diagnostik ISO/IEC 17025
- Hämatologisches Zentrallabor ISO/IEC 17025
- Stammzelllabor (SZL). Accreditation for Clinical-Autologous Bone Marrow and Peripheral Blood Progenitor Cell Transplantation (Adult & Paediatric). Cell Collection Facility, Cell Processing Laboratory (JACIE)
- Klinik für Kinderchirurgie UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

3.4 EFQM (European Foundation of Quality Management):

- Nuklearmedizin
- Ärztliche Direktion
- Gastronomie

3.5 Übersichtsliste der Qualitätsmessungen 2007

Die auf wissenschaftlichen Methoden basierenden Ergebnisqualitätsmessungen sind ein Bestandteil des Qualitätsmanagements. Durch das interne wie auch durch das externe

Benchmarking der Messergebnisse (Austausch und Diskussion der Ergebnisse) geht die eigene Position hervor und es können Erkenntnisse zur Optimierung gewonnen werden.

Im Rahmen von QABE wurden im Jahr 2007 zusammen mit dem Verein Outcome Zürich und dem Picker Institut folgende Messungen vorgenommen:

- T04 Akutes coronares Syndrom
- T05 Cerebro-vasculärer Insult
- O02 emerge – sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation (Notfallzentrum Pädiatrie)
- Patientenzufriedenheitsmessungen im stationären Bereich

3.6 Übersichtsliste der Q-Projekte

Folgende Q-Projekte wurden im Jahr 2007 initiiert bzw. abgeschlossen:

3.6.1 Business Excellence Modelle

- **EFQM in der Ärztlichen Direktion;** Einführung von EFQM, Erreichung der Stufe 1, Verpflichtung zu Excellence; Laufzeit Januar 2006 bis Mai 2007
- **EFQM im Bereich Gastronomie;** Verpflichtung zu Excellence, Erreichung Stufe 1; Laufzeit Januar 2007 bis Januar 2008

3.6.2 Organisation/Konzepte

- **Konzept zur kontinuierlichen Aktualisierung des Wund- und Verbandmaterials;** Erstellung eines Konzepts zur fortlaufenden Aktualisierung des Wund- und Verbandmaterials sortiments und die Genehmigung durch den Fachausschuss Pflege mit den Teilzielen, das gesamte Sortiment um 20 % und die Anzahl Lieferanten zu reduzieren sowie die einheitliche Regelung des Wund- und Verbandmaterialbezugs; Laufzeit Februar 2006 bis Januar 2007
- **Reorganisation Poliklinik Angiologie;** Steigerung der Patientenzufriedenheit, Erhaltung der Mitarbeiterzufriedenheit, neuen medizinischen Ansprüchen genügen und Sicherung des attraktiven Ausbildungsplatzes; Laufzeit September 2005 bis Dezember 2007
- **Qualitätshandbuch – Anonyme HIV-Beratungs- und Teststelle Inselspital;** Erstellung eines Kunden- und Präventionsinstruments für den internen Gebrauch, für die

Einführung neuer Mitarbeiter und für Externe; Laufzeit Januar 2007 bis Dezember 2007

- **Optimierung des QM-Dokusystems für das Stammzelllabor;** Effizienzsteigerung und gleichzeitig Aufrechterhaltung/Verbesserung des erreichten Qualitätsniveaus sowie Steigerung der Anwenderfreundlichkeit durch Verbesserung des Layouts und der Such- / Filteraktionen; Laufzeit Februar 2007 bis Januar 2010

3.6.3 Prozessoptimierungen/Standardisierungen

- **Optimierung Patientenbetreuungsprozess (Vorprojekt);** Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch transparente Behandlungspfade und Zuständigkeiten, Definition und Darstellung der verschiedenen Eintrittsprozesse; Laufzeit November 2006 bis Dezember 2007
- **VISITE: Erarbeitung einer standardisierten Visitenregelung in der Orthopädischen Klinik;** Erarbeitung einer möglichst standardisierten Visitenregelung, Verbesserung der Kommunikation und Information zwischen Ärzten und Pflegepersonen; Laufzeit Juli 2006 bis Juni 2007
- **Optimierung Patientenaustritt Rheumatologie;** Hilfsmittel zur Optimierung des Patientenaustritts werden erarbeitet und im Alltag umgesetzt, alle Mitarbeitenden der Rheumatologischen Klinik werden im Umgang mit dem Patientenaustritt sensibilisiert; Laufzeit April 2007 bis September 2007
- **OPTIMA (Optimierung des Medikationsprozesses bei Austritt);** Etablierung arzneimittelbezogener Patientenberatung durch Pharmazeuten; Laufzeit März 2007 bis Dezember 2008
- **ProPat;** Prüfung des Patientenbetreuungsprozesses (Teil der Leistungsprozesse der Prozesslandschaft Inselspital) mit den zuständigen Prozesseignern, Definition und Verabschiedung; Laufzeit März 2006 bis Juni 2007
- **Reevaluation der VWD-Diagnose mittels aktuellen, verbesserten Labormethoden;** Klare, auf neuen Erkenntnissen beruhende Empfehlungen für allfällige elektive oder notfallmässige Eingriffe; Laufzeit September 2006 bis Dezember 2007

3.6.4 Patientensicherheit

- **Clean Care is Saver Care (Hygieneverhalten während der Anästhesieeinleitung);** Erstellung eines Schulungsfilms zur richtigen Anwendung und Durchführung einer Händedesinfektion während der Anästhesietätigkeit; Laufzeit Juni 2007 bis August 2008

- **PARMA+ (Patientenarmband+)**; Fällung der Grundsatzentscheidung über die Einführung von Identifikationsarmbändern für den stationären Bereich im Inselelspital; Laufzeit Juli 2007 bis November 2008

3.6.5 Ergebnisse/Zufriedenheit

- **Instrumente zur Bestimmung der Entzugssymptome und der Selbstwirksamkeit in der Raucherberatung**; Erhalt eines Messinstruments zur Bewertung der Nikotinentzugssymptome an Hand von definierten Kriterien; Laufzeit August 2006 bis Dezember 2007
- **Pilotprojekt: Einführung eines Angehörigenfragebogens für die Intensivmedizin**; Erfassung der Zufriedenheit der Angehörigen und Erfassung der Ursachen für Unzufriedenheit; Laufzeit Oktober 2006 bis Dezember 2007
- **Nachsorgeprogramm nach B-Zelldepletion bei Autoimmunerkrankungen**; Outcome-Verbesserung der Patienten hinsichtlich definierter Kriterien von Krankheitsaktivität und Lebensqualität; Laufzeit März 2007 bis Dezember 2008
- **Interdisziplinäre Betreuung von Vergewaltigungsoffern am Inselelspital**; Zur Vereinfachung des Prozederes wurde ein Laufblatt ausgearbeitet, das die Informationen aus den verschiedenen Instituten zusammenfassen und als Entscheidungsbasis dienen soll; Laufzeit Juli 2007 bis Herbst 2008

Weiterführender Link: <http://qualitaet.insel.ch/qe-projekte.html>

4 Ausgewählte Q-Projekte

4.1 DoseWatchers

Qualitätskontrolle im Röntgen der Kinderklinik – ein computergestütztes Dosis-Monitoring in der Pädiatrischen Radiologie (1. Preis Q-Wettbewerb). Involviert waren das Institut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie, die Medizintechnik sowie die Informatik.

Ausgangslage und Bedeutung für Leistungserbringer

Im Rahmen der Einführung der digitalen Bildarchivierung und -verteilung (PACS) am Inselspital im Jahre 2004 wurde eine Erneuerung bzw. Nachrüstung der alten bestehenden Röntgenanlagen in der Kinderklinik unumgänglich. Zu diesem Zeitpunkt entstand die Idee, die zukunftsweisende digitale Röntgen-Technologie zur systematischen Erfassung dosisrelevanter Daten zu nutzen. Es bestand nun die Möglichkeit – unter Beibehaltung einer guten diagnostischen Bildqualität – die umfangreichen digitalen Daten als Basis für eine fundierte Dosisminimierung zu nutzen: Qualitätsentwicklung zum Schutz einer sensiblen Patientengruppe.

Projektziele

Zu den primären Zielen zählen die Dosisreduktion durch die Einführung von Kupferfiltern, die Erarbeitung von Dosis-Referenzwerten für pädiatrische Untersuchungen an digitalen Röntgenanlagen sowie die kontinuierliche Qualitätskontrolle.

Projektlauf / Methodik

Mit der Datenerfassung konnte im Oktober 2005 begonnen werden. Das System erfasst jährlich - nahezu ohne Unterbruch – ca. 15'000 Expositionen von 8'700 Untersuchungen. Da jede Röntgenuntersuchung eines Kindes im System erfasst wird, konnten aufgrund der hohen Patientenzahlen im Kinderspital bereits nach kurzer Zeit aufschlussreiche Auswertungen gemacht werden.

Ergebnisse

Mit Hilfe des Systems konnte durch mehrere Massnahmen die Dosis systematisch, kontrolliert und unter Beibehaltung der diagnostischen Bildqualität um 90 % reduziert werden.

Produktevaluation / Konsequenzen

Nach bestem Wissen und Gewissen sowie unter Umsetzung aller technischen und wissenschaftlichen Möglichkeiten kann im Bereich der konventionellen Röntgentechnik den Patienten höchste Sicherheit bezüglich Strahlenschutz garantiert werden.

4.2 Verbesserung der Sicherheit im Umgang mit parenteralen Zytostatika

Involviert waren das Institut für Spitalpharmazie und die Klinik und Poliklinik für Medizinische Onkologie. Das Projekt hat den 2. Preis am Q-Wettbewerb gewonnen.

Ausgangslage und Bedeutung für Leistungserbringer

Zytostatika gehören in die Gruppe der CMR-Arzneimittel². Entsprechend hoch sind die Anforderungen an den Personenschutz beim Umgang mit Zytostatika.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, hat die SUVA 2004 ihre Richtlinie zum Umgang mit Zytostatika überarbeitet und die erforderlichen Massnahmen zum Schutze des Personals definiert³. Neben dem Personenschutz ist bei der Herstellung von parenteralen Zytostatika-Lösungen auch dem Produktschutz sowie wegen deren Toxizität der korrekten Dosierung und adäquaten Applikationsform grosse Beachtung zu schenken.

Projektziele

Die Kontaminationsgefahr mit Zytostatika auf der Station ist minimiert und die Sicherheit bei der Applikation erhöht. Die Sicherheit bei der Herstellung von Zytostatika in der Produktion des ISPI bezüglich Personenschutz und Produktschutz ist erhöht. Die Datenbank von CATO ist an die Bedürfnisse des ISPI angepasst und alle nötigen Stammdaten sind definiert und in der Datenbank referenziert festgelegt. Die Prozesse und Arbeitsabläufe sind in Bezug auf Effektivität und Sicherheit optimiert, in SOP's festgeschrieben und umgesetzt.

Projekttablauf / Methodik

Als erstes wurden durch das Projektteam verschiedene Systeme evaluiert. Das bestbewertete Codan Cyto Set wurde in einer 3-monatigen Testphase auf einer Station und in der Produktion getestet und mittels Fragebogen evaluiert. Aufgrund der positiven Resultate wurde das System nach einem weiteren Test im Routinebetrieb nach 6 Monaten auch auf den an-

² CMR = carcinogen, mutagen, reproduktionstoxisch

³ SUVA-Richtlinie: Sicherer Umgang mit Zytostatika (2004).

deren onkologischen Stationen eingeführt. Die Kostenkalkulation zeigte, dass die Zeitersparnis auf Seiten der Pflege sowie die höhere Sicherheit die zusätzlichen Materialkosten überwiegen. Nach der Umstellung auf weiche Infusionsbeutel konnte das System nach Anpassung des Pflegestandards im Frühling im ganzen Inselspital eingeführt werden.

Der zweite Ansatzpunkt war die Einführung des CATO. Diese Software ermöglicht die elektronische Verordnung von Zytostatika und unterstützt deren gewichtkontrollierte Herstellung.

Ergebnisse

Die Sicherheit im Umgang mit Zytostatika konnte mit der flächendeckenden Einführung des geschlossenen Systems im Inselspital basierend auf den durch das ISPI und die Medizinische Onkologie initiierten Projekte nachhaltig verbessert werden. Aufgrund der positiven Beurteilung der neuen Prozesse durch einen unabhängigen Arbeitsmediziner und eine Juristin konnten die arbeitsrechtlichen Vorgaben angepasst werden, dass neu auch Mitarbeiterinnen während der Schwangerschaft und Stillzeit Zytostatika im geschlossenen System kontrollieren, bereitstellen und verabreichen dürfen. Dadurch können Personalengpässe verhindert und Kosten für Ersatzpersonal eingespart werden.

Mit der Einführung von CATO wurde auf ein System gesetzt, welches eine integrierte elektronische Verordnung der Zytostatika ermöglicht bzw. geeignet ist, Daten aus einem anderen Verordnungssystem über eine Schnittstelle zu empfangen.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Höhere Sicherheit bei der Herstellung, Kontrolle, Bereitstellung und Verabreichung der Zytostatika. Entlastung der Pflege durch vollständig vorbereitete, geschlossene Applikationssysteme. Einfachere und verbesserte Dokumentation. Geringere Fehleranfälligkeit der Prozesse und höhere Arzneimittelsicherheit. Entlastung der PTM von Dokumentations-, Auswertungs- und Abrechnungsarbeiten sowie Entlastung der Apotheker von zusätzlichen Kontrollen.

5 Ausblick

Wichtigste Erkenntnisse

Die neue Zusammensetzung der Q-Kommission soll im Herbst 2008 in Kraft gesetzt werden.

Das neue Q-Konzept/QM-Strategie wird nach Abschluss des Pilotprojektes Leistungsvereinbarung/QM-Strategie im Oktober 2008 angepasst.

Das geplante Projekt ProPat 2 beinhaltet Themen des Eintritts- und Austrittsmanagements.

Die Ergebnisse der Outcome-Messungen werden in Zukunft vertiefter analysiert und dokumentiert. Enge Zusammenarbeit mit dem ISPM. Die erste Analyse betrifft die ambulante Patientenzufriedenheitsmessung.

Die Datentransparenz ist ein wichtiges Diskussionsthema - Klarheit und diesbezüglich Entscheide folgen 2008.

6 Anhänge

6.1 Personeller und organisatorischer Stand/Änderungen im Q-Managements

Die Q-Kommission ist eine ständige Kommission der Spitalleitung und setzt sich zusammen aus einem Mitglied der Spitalleitung, Mitgliedern aus den Departementsdirektorien/Direktionen sowie Mitgliedern aus den Reihen der Qualitätsbeauftragten. Die Qualitätsmanagerin nimmt mit beratender Stimme Einsitz in die Q-Kommission. Bei der Zusammensetzung der Q-Kommission sind alle Departemente/Direktionen vertreten und es soll darauf geachtet werden, dass eine ausgewogene interprofessionelle und hierarchische Vertretung gewährleistet ist.

Die Fachstelle für Qualitätsmanagement setzt sich aus der Qualitätsmanagerin und vier Projektleitern, welche verschiedene Themenschwerpunkte betreuen, zusammen. Die Leitung der Fachstelle obliegt der Qualitätsmanagerin. Die Fachstelle dient den Mitarbeitern des In-selspitals grundsätzlich als Support für ihre verschiedenen Qualitätsanliegen.

6.2 Q-Leitsätze

Es gelten folgende Grundsätze bezüglich Qualitätsmanagement:

- Unser persönliches Verhalten und Handeln richten wir nicht nur auf kurz- sondern auch auf längerfristige Ziele aus
- Wir sehen unsere Arbeit im Ganzen, auch im wirtschaftlichen Zusammenhang
- Wir richten uns nach den spitalinternen Vorgaben, unternehmerische Entscheide und unterstützen die Umsetzung des Konzeptes Qualitätsentwicklung am In-selspital
- Wir nehmen die Supportfunktion für alle Mitarbeitenden des In-selspitals wahr und tragen damit, im Besonderen bei Projektarbeiten mit, die Ziele zu erreichen
- Wir achten darauf, die gesetzlichen Vorgaben in einem für unser Spital vernünftigen Rahmen umzusetzen
- Wir erweitern unsere Fachkompetenz in Aus-, Weiter- und Fortbildungen, in Kongressen und stellen unser Wissen intern und extern gezielt zur Verfügung
- Wir sind Ansprechpartner für spitalinterne und -externe Interessenten bezüglich spezifischen Beratungen sowie für Hilfeleistung bei Problemen innerhalb verschiedener EDV-Tools.

6.3 Verweis (Link) zu weiteren relevanten Dokumenten

<http://insel.ch>

<http://qualitaet.insel.ch/qe-projekte.html>

6.4 Angaben zu Kontaktpersonen

- Ruth Schneider, Leiterin Fachstelle für Qualitätsmanagement und Vorsitzende Q-Kommission
- Daniela Zahnd, Stv. Leiterin Fachstelle für Qualitätsmanagement, Projektleiterin klinisches Risikomanagement / Vigilanz
- Annekäthi Bischoff, Projektleiterin Prozessmanagement
- Daniel Koertjé, Koordinator Outcome-Messungen
- Ursula Bischof, Projektleiterin Qualitätsmanagement
- Patrik Hermann, KV-Praktikant

Fachstelle für Qualitätsmanagement, April 2008

A photograph of medical equipment, including a pressure gauge and various tubes, with a large, semi-transparent '2007' overlaid in the center. The background is a gradient of blue and green.

2007

Inselspital
Universitätsspital Bern
CH-3010 Bern
www.insel.ch

 **INSELSPITAL**

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL