

# Qualitätsbericht 2008

 **INSELSPITAL**

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE  
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

# 2008





# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
1.1	Das Inselspital, Universitätsspital Bern .....	3
1.2	Verzeichnis der Anhänge .....	4
1.3	Angaben zu Kontaktpersonen .....	4
<b>2</b>	<b>Q-Strategie und Erfolge</b> .....	<b>5</b>
2.1	Q-Strategie .....	5
2.2	Q-Hauptschwerpunkte 2008 .....	6
2.3	Erreichte Q-Ziele 2008 .....	6
<b>3</b>	<b>Q-Aktivitäten</b> .....	<b>7</b>
3.1	Übersichtsliste und Grad der Umsetzung permanenten Q-Massnahmen .....	7
3.2	Übersichtsliste der Qualitätsmessungen im Berichtsjahr .....	8
3.3	Übersichtsliste der Q- Projekte .....	9
<b>4</b>	<b>Ausgewählte Q-Projekte</b> .....	<b>12</b>
4.1	Evidence Based Practice .....	12
4.2	Ausgangslage .....	12
4.3	Projektziele .....	13
4.4	Projektablauf und Methoden .....	13
4.5	Ergebnisse .....	13
4.6	Projektelevaluation und Folgerungen .....	14
4.7	Qualitätsmanagementstrategie/Leistungsvereinbarung .....	15
4.8	Ausgangslage und Bedeutung für Leistungserbringer .....	15
4.9	Projektablauf / Methodik .....	15
4.10	Ergebnisse .....	16
<b>5</b>	<b>Indikatoren der Ergebnisqualität</b> .....	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>Ausblick</b> .....	<b>18</b>
6.1	Wichtigste Erkenntnisse .....	18
<b>7</b>	<b>Anhänge</b> .....	<b>19</b>
7.1	Personeller und organisatorischer Stand im Q-Management .....	19
7.2	Q-Leitsätze .....	20
7.3	Verweis (Link) zu weiteren relevanten Dokumenten .....	21

# 1 Einleitung

## 1.1 Das Inselspital, Universitätsspital Bern

Das Inselspital ist ein Zentrums- und Universitätsspital. Es wird von der Inselspital-Stiftung auf der Grundlage der Spitalversorgungs- und Universitätsgesetzgebung des Kantons Bern geführt. Die Inselspital-Stiftung bezweckt die „Erhaltung und Mehrung“ des von Anna Seiler im Jahre 1354 gestifteten Vermögens zu Gunsten der Patientinnen und Patienten. 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. Im Rahmen der Unternehmensstrategie sind unter anderem folgende Leitideen festgehalten:

*„Das Inselspital als medizinisches Zentrum des Kantons Bern dient der Bevölkerung durch fachlich und menschlich hervorragende Patientenbetreuung. Es gewährleistet auf universitärem Niveau eine umfassende Grundversorgung und eine Notfallversorgung zur Behandlung von komplexen Fällen rund um die Uhr. Das Inselspital unterstützt die Medizinische Fakultät der Universität Bern in der Lehre und Forschung und fördert die ärztliche Weiterbildung. Es sorgt in Zusammenarbeit mit weiteren Partnern für eine kompetente und praxisorientierte Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen. Es ist ein wichtiger und attraktiver Arbeitgeber im Gesundheitswesen.“*

Das Inselspital umfasst insgesamt 37 Kliniken und Institute, diese sind in zehn Departementen zusammengefasst. Im Jahr 2008 beschäftigte das Inselspital 6'934 Personen auf 5'456 Vollzeitstellen, es wurden 37'488 Patientinnen und Patienten stationär und 9'077 teilstationär behandelt.

Für Lehre und Forschung hat das Inselspital mit der Universität eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Die Medizinische Fakultät ihrerseits erteilt den Kliniken/Instituten Leistungsaufträge in ihrem Bereich. Durch die gegenseitige Vernetzung der Führungsorgane der Medizinischen Fakultät beziehungsweise der Universität und des Inselspitals wird eine effiziente Umsetzung der universitären Lehre und Forschung sichergestellt.

Oberstes Organ der Inselspital-Stiftung ist der Verwaltungsrat. Dessen Mitglieder werden durch die Regierung des Kantons Bern gewählt. Für die operative Führung ist die Spitalleitung unter dem Vorsitz des Direktionspräsidenten zuständig. Die erweiterte Spitalleitung, bestehend aus den Vorsitzenden der zehn Departementsdirektorien sowie den Mitgliedern der Spitalleitung, ist das Konsultativorgan der Spitalleitung.

#### **Mitglieder des Verwaltungsrates (Amtsperiode 2008 - 2011):**

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

#### **Mitglieder der Spitalleitung:**

- Birchler Urs, Dr. oec. publ., Direktionspräsident
- Tobler Andreas, Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor und Stv. des Direktionspräsidenten
- Bollinger Gerold, Direktor Dienste
- Buchmann Beatrice, Direktorin Pflege / MTT
- Gugger Matthias, Prof. Dr. med., Direktor Lehre + Forschung (ab 01.06.2008)
- Leu Bernhard, Direktor Betrieb
- Schaufelberger Ursula, Leiterin Direktionsbereich Personal

## **1.2 Verzeichnis der Anhänge**

- Personeller und organisatorischer Stand des Q-Managements
- Qualitätsleitsätze
- Verweis (Link) zu weiteren relevanten Dokumenten

## **1.3 Angaben zu Kontaktpersonen**

- Bumbacher Claudine, Leiterin a.i. Fachstelle für Qualitätsmanagement (ab 01.08.2008).  
Tel.: 031 632 3691/9051, e-mail: claudine.bumbacher@insel.ch
- Rothen Hans Ulrich, PD Dr. med., Vorsitzender Q-Kommission (ab 17.07.2008).  
Tel.: 031 632 1176, e-mail: hrothen@insel.ch
- Schneider Ruth, Vorsitzende Q-Kommission (bis 30.06.2008). Tel.: 031 632 9051/9577, e-mail:  
ruth.schneider@insel.ch

## **2 Q-Strategie und Erfolge**

### **2.1 Q-Strategie**

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sind wichtige Erfolgsfaktoren für das Inselspital als medizinisches Zentrum und als Ausbildungsstätte im Gesundheitswesen. Dabei gilt es, die wesentlichen Schlüsselemente zu erfassen, welche für das Inselspital relevant sind. Stärken sollen ausgebaut und Verbesserungspotenziale erkannt und genutzt werden. Die daraus hergeleiteten Aktivitäten der Qualitätsentwicklung sind zu koordinieren, zu dokumentieren und in einen Gesamtrahmen zu stellen, um eine Erfolgskontrolle und die Kommunikation gegen innen und aussen zu ermöglichen.

Das Bekenntnis zur Qualitätsentwicklung ist in der Unternehmensstrategie verankert. Insbesondere sei hier auf die Perspektiven „Anspruchsgruppen“ und „Prozesse“ hingewiesen: Das Wohl der Patienten steht im Zentrum. Ziel ist es, durch Prozessoptimierung die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten zu steigern. Dies soll unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit erreicht werden und auch die Zufriedenheit von zuweisenden und nachbetreuenden Partnern im Gesundheitswesen berücksichtigen. Der Qualitätsanspruch der Mitarbeitenden sämtlicher Bereiche des Inselspitals ist sehr hoch. Dieses Potential gilt es im Sinne einer möglichst hohen betrieblichen Gesamtqualität zu nutzen.

Die Qualitätskommission unterstützt die Umsetzung der Unternehmensstrategie und berät die Spitalleitung in Qualitätsbelangen und in der strategischen Ausrichtung des Qualitätsmanagements. Die Umsetzung der Q-Strategie in den einzelnen Einheiten wird durch die Fachstelle für Qualitätsmanagement wirkungsvoll unterstützt.

## 2.2 Q-Hauptschwerpunkte 2008

- Pilotprojekt „QM-Strategie/Leistungsvereinbarung“: Projektziel war die Umsetzung der QM-Strategie/Leistungsvereinbarung in drei Kliniken (Universitätskliniken für Orthopädie, Kardiologie und Intensivmedizin) und im Departement DINA (vgl. Kapitel 4.2).
- Genehmigung von zwölf Qualitätsentwicklungsprojekten aus verschiedenen Kliniken und Instituten durch die Qualitätskommission (vgl. Kapitel 3.3).
- Erfassung der Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich gemäss Vorgaben von QABE<sup>1</sup> und Pilot-Messung von PEQ (*Patients` Experience Questionnaire*) im Rahmen der von IVQ<sup>2</sup> vorgegebenen Messungen (vgl. Kapitel 3.2).
- Zertifizierungen respektive Akkreditierungen einzelner Einheiten<sup>3</sup> im Rahmen der permanenten Q-Massnahmen (vgl. Kapitel 3.1).
- Einführung von EBP (*Evidence Based Practice*) in einer Klinik im Rahmen eines Pilotprojektes (vgl. Kapitel 4.1).

## 2.3 Erreichte Q-Ziele 2008

- Pilotprojekt "QM-Strategie/Leistungsvereinbarung" (17.10.2007 - 31.10.2008): Die parallel durchgeführte Evaluation hat gezeigt, dass die gesetzten Minimalstandards in der Leistungsvereinbarung sowie die gesetzten Ziele der Universitätskliniken realistisch waren. Gesamthaft gesehen haben die Einheiten ihre Ziele zu 90% erreicht. Die Leistungsvereinbarung ist mit Vorteil auf Stufe Klinik und nicht auf Stufe Departement abzuschliessen, da die organisatorische Einheit des Departements zu weit von den medizinischen Kernprozessen entfernt ist, um direkt und steuernd wirksam werden zu können.  
Die Spitalleitung wird im Frühjahr 2009 über das weitere Vorgehen und gegebenenfalls eine schrittweise Einführung der neuen QM-Strategie im gesamten Unternehmen entscheiden.
- Zwölf Qualitätsentwicklungsprojekte konnten gestartet werden. Die Schwerpunkte der Projekte decken alle drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) ab.
- Vier der bereits laufenden Qualitätsentwicklungsprojekte konnten erfolgreich abgeschlossen werden.

Weitere Angaben zur Zielerreichung in einzelnen Q-Aktivitäten finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln „Q-Aktivitäten“ und „Indikatoren der Ergebnisqualität“.

---

<sup>1</sup> QABE: Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern

<sup>2</sup> IVQ: Interkantonaler Verein Qualitätssicherung und –Förderung in den Spitälern

<sup>3</sup> ISO-Zertifikate (SQS); SanaCERT; Meßmethode Q (Concret AG); etc.

### 3 Q-Aktivitäten

#### 3.1 Übersichtliste und Grad der Umsetzung permanenten Q-Massnahmen

Zertifizierungen<sup>4</sup>, Akkreditierungen<sup>5</sup>, EFQM<sup>6</sup>

Bezeichnung	Bereich <sup>7</sup>	Norm	Status <sup>8</sup>
Bereich Medizintechnik	B	ISO 9001:2000	A
Bereich Logistik	B	ISO 9001:2000	A
Bereich Hauswirtschaft	B	ISO 9001:2000	B 2006
Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation am Schweizer Herz- und Gefässzentrum Bern	B	ISO 9001:2008	A
Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)	B	ISO 9001:2000, ISO 13485:2003	A 2006
Universitätsklinik für Kinderchirurgie und Poliklinik. Operationsbereich und Druckmessungslabor	B	ISO 9001:2000	A 2006
Bereich Pflege: ambulante und stationäre Pflegeeinheiten	B	Methode Q	A: 70 Bereiche B: 11 Bereiche C: 2 Bereiche
Hämatologisches Labor Kinderklinik	B	ISO/IEC 17025:2005	A
Universitätsinstitut für Immunologie	B	ISO/IEC 17025:2005	A 2005
Universitätsinstitut für Klinische Chemie	B	ISO/IEC 17025:2005	A 2005
Abteilung Humangenetik, Kinderklinik	B	ISO/IEC 17025:2000	A
Molekulare Diagnostik	B	ISO/IEC 17025:2005	B 2005

<sup>4</sup> ISO-Zertifikate (SQS); SanaCERT; Messmethode Q (Concret AG); etc.

<sup>5</sup> SAS: Schweizerische Akkreditierungsstelle

<sup>6</sup> EFQM: European Foundation for Quality Management

<sup>7</sup> A = Inselspital, B = Klinik, C = Bereiche

<sup>8</sup> Falls Zertifizierung und Akkreditierung nicht im Berichtsjahr, bitte bei A und B Jahr angeben



Bezeichnung	Bereich <sup>9</sup>	Norm	Status A=Bereits rezertifiziert, akkreditiert im Berichtsjahr oder früher B=Zertifizierung im Berichtsjahr oder früher C=Zertifizierung; Akkreditierung in Vorbereitung
Stammzelllabor (SZL)	B	FACT-JACIE	A
Hämatologisches Zentrallabor	B	ISO/IEC 17025:2005	A
Klinik für Kinderchirurgie: Bettenstation	B	UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)	A
Klinik für Kinderchirurgie: Notfall, Poliklinik und Tagesklinik	B	UEMS	A 2006
Bereich Gastronomie	B	EFQM: Anerkennung für Excellence, Stufe 2	B
Klinische Ernährung	B	EFQM: Verpflichtung für Excellence, Stufe 1	C
Direktion Betrieb - Planen und Bauen	B	EFQM: Verpflichtung für Excellence, Stufe 1	C

### 3.2 Übersichtliste der Qualitätsmessungen im Berichtsjahr

Bezeichnung	Bereich <sup>10</sup>	Erfassungsgrundlage A=validierte Instrumente; B=betriebseigene Instrumente	Status A=beendet B=laufend
Akutes koronares Syndrom	B	A	B
Cerebro-vaskulärer Insult	B	A	A
Patientenzufriedenheitsmessungen im ambulanten Bereich	B (27 von 30 Ambulatorien)	A	A
Patientenzufriedenheitsmessung im stationären Bereich: Neonatologie, Pädiatrie, Neurorehabilitation	B	A	A
PEQ (Patients' Experience Questionnaire) im stationären Bereich	A	A	A

<sup>9</sup> A = Inselspital, B = Klinik, C = Bereiche

<sup>10</sup> A = Inselspital, B = Klinik, C = Bereiche

### 3.3 Übersichtsliste der Q- Projekte

Bezeichnung	Bereich <sup>11</sup>	Ziel	Dauer (200X bis 200Y)
Palliative Betreuung in der Sterbephase – der "Liverpool Care Pathway for the Dying"	A	Ein Konzept wurde erstellt, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität gewährleistet und die Würde/Integrität der Patienten geachtet wird, sowie die Angehörigen einbezogen werden. Das Vorgehen bei sterbenden Patienten und ihren Angehörigen wurde gemäss dem „Liverpool Care Pathway for the Dying“ (LCP) umgesetzt.	März 2008 bis Dezember 2008
Metabolisch gezielte Biopsie szintigraphisch (PET-CT, SPECT-CT) suspekter Läsionen	B	Etablierung und Evaluation der metabolisch gezielten Biopsie szintigraphisch (PET-CT, SPECT-CT) suspekter Läsionen, Aufbau eines nuklearmedizinisch-interventionellen onkologischen Kompetenzzentrums.	Mai 2008 bis April 2009
SEPP – Sekundär-Präventionsberatung in der angiologisch-/kardiologischen Bettenstation	B	Ein wirksames Präventionsberatungskonzept unter Berücksichtigung der Genderfrage ist entwickelt und die Sekundärprävention ist in der angiologisch-/kardiologischen Bettenstation etabliert. Evaluierete, wirksame Beratungsmethoden sind bekannt, welche auf Beratungssituationen in anderen Fachbereichen angewendet werden können. Der Informationsfluss an die nachgelagerten Instanzen und die Weiterbehandlung ist sichergestellt.	Januar 2008 bis Juli 2008

<sup>11</sup> A = Inselspital, B = Klinik, C = Bereiche

Bezeichnung	Bereich	Ziel	Dauer (200X bis 200Y)
TARN –TRAUMA Audit and Research, Qualitätssicherungs-Netzwerk und Trauma Datenbank	B	Anschluss der Trauma-Dokumentation, Qualitätskontrolle und des Benchmarkings an die grösste europäische Trauma Datenbank, Erfassung aller Patienten mit ISS (Injury Severity Score). Transparentere Darstellung der Outcome-Daten und ein daraus resultierender Vergleich mit anderen Institutionen. Weitere Verbesserung der Behandlung unserer Trauma Patienten durch Prozess- und Outcome Analysen, Erkennen der eigenen Fehler und deren rasche Behebung.	Juli 2008 – September 2009
ProPat – Modellprozess Patientenbetreuung	A	Den Patientenbetreuungsprozess (Teil der Leistungsprozesse der Prozesslandschaft Inselspital) mit den zuständigen Prozesseignern prüfen, definieren und verabschieden. Der Patientenbetreuungsprozess (ProPat) schafft eine verbindliche Grundlagen für die Teilprojekte: Teilprojekt 1: Optimierung des Patienteneintrittes auf der orthopädischen Klinik, Teilprojekt 2: Optimierung des administrativen Patientenprozesses, Teilprojekt 3: Optimierung des Patientenaustritts.	März 2006 – Juni 2008
Ärztliche Disziplin und Wundinfekte	B	Bestimmung von Fehlmanipulationen, welche Wundinfekte signifikant begünstigen. Weiter werden biologische Parameter erhoben, welche mit der Inzidenz von Wundinfekten assoziiert werden.	Januar 2008 – Dezember 2008

Bezeichnung	Bereich	Ziel	Dauer (200X bis 200Y)
PAOK (Projekt Austritt Orthopädische Klinik)	B	Modellierung und Standardisierung des Austrittsprozess und Steigerung der Kundenzufriedenheit.	Januar 2008 – Juli 2009
Optimierung der radiologischen Diagnostik bei Kindern mit leichtem Schädelhirntrauma	B	Senkung der Röntgenbelastung, Kosteneinsparung, Qualität der Diagnostik bzw. der Betreuung der Kinder mit Schädelhirntraumen aufrechterhalten, Optimierung Triage und Behandlung, Steigerung der Kundenzufriedenheit.	Januar 2008 – Dezember 2009
Reduktion von Stichverletzungen durch Einführung von Sicherheitskanülen	A	Bei der Evaluation der Sicherheitskanülen sind die Kriterien: Handling, Sicherheit und Arbeitsumgebung und Kosten, Einführung von 2 Sicherheitskanülen bis März 2009, Weitere Einführungen geplant für 2009, Reduktion der Stichverletzungen um 75% bei eingeführten Sicherheitskanülen in den Folgejahren, Gesundheitsförderung des Personals.	April 2008 – Februar 2009
Sexualmedizinische Sprechstunde der Frauenklinik	B	Mittels Fragebogen interne (= innerhalb der Frauenklinik) Erfassung des Bedarfs für eine sexualmedizinische Sprechstunde an der Frauenklinik des Inselspitals; Aufbau einer ärztlich geleiteten sexualmedizinischen Sprechstunde an der Frauenklinik des Inselspitals. Ziel des Projektes ist eine höhere Zufriedenheit und eine Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen.	Januar 2008 – Februar 2009
BeSIC – Berner Simulations- und CPR-Trainingszentrum	B	Integration der „Real-Life“- Simulation in den Alltag der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie . Simulation ist integraler Bestandteil des Anfängertrainings. Fortgeschrittene trainieren einmal pro Jahr unvorhergesehene Situationen.	Dezember 2008 – Dezember 2010

## 4 Ausgewählte Q-Projekte

### 4.1 Evidence Based Practice

#### Ausgangslage

Im Rahmen der „Strategie und Konzept für die Weiterentwicklung der Dienstleistung und Forschung in den Bereichen Pflege, Hebammenwesen und Therapien am Inselspital“ wurde zwischen 2007 und 2009 als konkrete Massnahme für die Strategieumsetzung ein Modellprojekt zur Entwicklung einer evidenzbasierten Praxis EBP durchgeführt. Involviert in das Projekt waren die Universitätsklinik für Intensivmedizin und die Direktion Pflege/MTT (medizinische - technische und therapeutische Bereiche) Abteilung Fachentwicklung und Forschung.

Das Modellprojekt zeigte die notwendigen Strukturen und Prozesse zur Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis, sowie die Ergebnisse aus diesem Entwicklungsprozess in einer Einheit des Inselspitals auf. Dafür wurden beispielhaft und systematisch Entwicklungsschwerpunkte aus dem klinischen Alltag bearbeitet. Diese Entwicklungsschwerpunkte wurden aufgrund des aktuellen Bedarfs der Klinik definiert und mussten sich für eine Bearbeitung im Rahmen von Evidence Based Practice thematisch eignen. Die Pflegenden und die Fachleute im Bereich MTT sollten einzeln und in der Gruppe befähigt werden, ihre Interventionen anhand neuester Forschungsergebnisse zu überdenken. Das Modellprojekt EBP bestand nun aus einem Forschungsprojekt zum Schmerzmanagement und zwei Forschungsanwendungsprojekten zum Dekubitus- und Mundpflegemanagement.

Die einzelnen Praxisprojekte, kurz skizziert:

**Schmerzmanagement:** In der Klinik für Intensivmedizin werden pro Jahr über 3000 Patientinnen und Patienten behandelt. Rund 60 Prozent der Patienten werden sediert und maschinell beatmet. Kommunikationsschwierigkeiten und dadurch Probleme bei der Schmerzeinschätzung sowie Nebenwirkungen der Medikamente erschweren bei diesen Patienten eine angepasste Analgosedierung. Zudem hat eine klinikinterne Analyse ergeben, dass nur ein Drittel der Patienten unter Langzeitsedation den verordneten Zielbereich der Analgosedation erreichen.

**Dekubitusmanagement:** Die Literatur zeigt, dass während des Aufenthaltes auf der Intensivstation zwischen 14 und 42 Prozent der Patienten ein Dekubitalulcus entwickeln. Ein verlängerter Spitalaufenthalt, höhere Kosten und eine eingeschränkte Lebensqualität durch Schmerzen sind häufige Folgen.

**Mundpflegemanagement:** Verschiedene Risikofaktoren wie beispielsweise die endotracheale Intubation beeinflussen die Mundverhältnisse von Intensivpflegepatienten. Dadurch wird eine oropharyngeale Bakterienkolonisation begünstigt, die für diese Patienten verschiedene Lungen- und Herzerkrankungen zur Folge haben kann.

## **Projektziele**

Die Ziele des Modellprojekts EBP waren auf der Ebene der Institution Inselspital die folgenden:

- a) Die notwendigen Strukturen und Prozesse zur Umsetzung von EBP in der Klinik sind definiert.
- b) Dem Gesamtspital stehen die Erfahrungen und Ergebnisse aus der systematischen Evaluation des Modellprojektes EBP im Bezug auf Struktur, Prozess und Ergebnis zur weiteren Umsetzung von EBP zur Verfügung.
- c) Die Erfahrungen und Ergebnisse sind auf Ebene Gesamtspital und auch nach extern kommuniziert.

Auf der Ebene der Universitätsklinik für Intensivmedizin wurden vor allem die Patientenergebnisse fokussiert, z. B. ein verbessertes Schmerz-, Dekubitus- und Mundpflegemanagement. Die Ziele des Schmerzmanagements waren eine systematische Schmerzeinschätzung mit Verlaufskontrolle sowie eine Schmerzreduktion. Das Ziel des Dekubitusmanagements war eine Dekubitusreduktion. Beim Mundpflegemanagement wurde eine zielgruppenspezifische Erfassung der Mundverhältnisse angestrebt und der Einsatz von gezielten Massnahmen zur Vermeidung von nosokominalen Infektionen der Luftwege sowie zum Erhalt einer intakten Mundschleimhaut.

## **Projekttablauf und Methoden**

Die ausgewählten Methoden ermöglichten eine mehrstufige, prozessorientierte und ökonomische Einführung einer EBP. In der klinischen Praxis wurden Problemfelder identifiziert, die für die Patienten sowie die interdisziplinären Fachpersonen der Intensivstation von Bedeutung sind. Aufgabe des interdisziplinären Projektteams war es, anhand einer Situationserfassung zu den drei Problemfeldern – Schmerz-, Dekubitus- und Mundpflegemanagement – Lösungsansätze zu erarbeiten, Veränderung in der Praxis einzuführen und diese zu evaluieren. Bei der Bearbeitung der Themen wurde unter anderem auf Methoden aus der Aktionsforschung und aus dem Aktionslernen zurückgegriffen. Zur Evaluation wurden bisher verschiedene Ansätze verwendet: Das waren teilnehmende Beobachtungen anhand definierter Kriterien, Befragungen mittels strukturierter Interviews oder Fragebögen und Dokumentenanalysen.

## **Ergebnisse**

Struktur- und Prozess - Qualität: Bisherige Auswertungen der Forschungs- und Forschungsanwendungsprojekte (Schmerz-, Dekubitus- und Mundpflegemanagement) zeigten wichtige strukturelle Voraussetzungen und Prozessschritte für die Umsetzung von EBP in einer Institution wie dem Inselspital auf. Eine Institution braucht:

- eine definierte Infrastruktur (Internetzugang, Computerarbeitsplätze, Fachliteratur usw.) und den damit verbundenen fachlichen Support
- motivierte Mitarbeitende mit den geeigneten Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen
- zeitliche und finanzielle Ressourcen
- inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit

- konstruktive Kommunikation und Information
- gezielte Entscheidungsprozesse
- regelmässige Evaluationen

Schmerzmanagement: Die Einführung einer systematischen Einschätzungs- und Dokumentationsgrundlage fand statt. Erste Ergebnisse aus 52 strukturierten Interviews mit ehemals kritisch kranken Patienten zeigen, dass schmerzbedingte Probleme bei den Betroffenen oft im Zusammenhang stehen mit Phänomenen, die sich ähnlich ausdrücken wie beispielsweise Angst oder Unruhe. Die Schmerzkontrollen, aber auch die Interventionen wurden von einzelnen Patienten positiv wahrgenommen. Weiter waren die Patienten mit dem erlebten Sedationszustand zufrieden.

Dekubitusmanagement: Eine Erfassung der Dekubitushäufigkeit an der Universitätsklinik für Intensivmedizin während zwei Zeitintervallen (Januar 2007–Dezember 2007; Januar 2008–Dezember 2008) zeigte 2008 eine Reduktion der neu entwickelten Dekubitusulcera von 4.0% auf 2.2%. Insgesamt wurden pro Jahr ca. 3300 Patienten erfasst.

Die Reduktion wurde erreicht durch eine frühzeitige Identifikation der Risikopatienten, durch den gezielten Einsatz von Präventionsmassnahmen (betriebsinterne Standards), erweiterte Fachkompetenzen des Betreuungsteams, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie regelmässig durchgeführte Wund- und Dekubitusvisiten durch eine spezifisch ausgebildete Person.

Mundpflegemanagement: Qualitätsmessungen zeigten die Stärken und Schwächen des Mundpflegemanagements auf. Die identifizierten Problemstellen wie z. B. Dichtigkeitskontrolle des endotrachealen Tubus trugen wesentlich zum Vermeiden von Komplikationen in den Luftwegen bei.

### **Projektevaluation und Folgerungen**

Die erfolgreiche Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis verlangt von einer Organisation und deren Mitarbeitenden verschiedene Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse. Im Modellprojekt EBP konnten Strukturen und Prozesse definiert werden und es wurde exemplarisch aufgezeigt, wie EBP umgesetzt werden kann. Für unsere Organisation traten oft wichtige Ergebnisse zeitgleich mit dem Prozess auf. Es zeigte sich, dass die verschiedenen Massnahmen zur Optimierung des Schmerz-, Dekubitus- und Mundpflegemanagements für die betroffenen kritisch kranken Menschen der Intensivstation eine weitreichende Verbesserung bringen können. Das Projekt weist weiter darauf hin, dass die Umsetzung von EBP nicht einzig in einem Versorgungsbereich einer Organisation geschehen kann, sondern abteilungsübergreifend. Weitere ähnliche Projekte sowie eine Schlussevaluation des vorliegenden Projektes, die alle Zielgruppen einbezieht, sind notwendig, um den Nutzen einer evidenz-basierten Praxis aufzuzeigen. Das Modellprojekt EBP liefert hier erste wichtige Daten.

## **4.2 Qualitätsmanagementstrategie/Leistungsvereinbarung**

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

Im Jahr 2004 wurde eine Bestandesaufnahme betreffend Qualitätsarbeit und -organisation auf Gesamtspitalsebene vorgenommen. Die letzte Erhebung, mit gezielten organisatorischen Anpassungen hat im Jahr 1998 stattgefunden.

Die Ergebnisse aus der Erhebung 2004 wurde von einer Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertreter Pflege/MTT und Ärzteschaft analysiert und diese Erkenntnisse waren Grundlage für die Überarbeitung der neuen QM- Strategie/ Leistungsvereinbarung (LV).

Die Ergebnisse der Bestandesaufnahme zeigten, dass sich die dezentrale Organisation der Qualitätsarbeit auf Klinikebene bewährt und weiter verankert werden sollte mit der zentralen Unterstützung auf der Führungsebene (Departement/Direktion und Spitalleitung). Die angepasste QM – Strategie/LV wurde am 19. Februar 2007 durch die Spitalleitung genehmigt. Die Spitalleitung beauftragte die Ärztliche Direktion in Zusammenarbeit mit der Q-Kommission im Rahmen eines Pilotprojektes die QM - Strategie umzusetzen.

### **Projektziele**

Das Hauptprojektziel war die Umsetzung der QM - Strategie/LV in vier Pilotkliniken mit paralleler Durchführung einer Evaluation. Die Ergebnisse der Evaluation bilden die Grundlage für die Entscheidung des weiteren konkreten Vorgehens auf Gesamtspitalsebene.

### **Projekttablauf / Methodik**

Die QM- Strategie/LV wurde am 19. Februar 2007 durch die Spitalleitung genehmigt.

Im Mai 2007 wurde das Pilotprojekt ausgeschrieben. Die Q-Kommission wählte an Hand von Kriterien drei Kliniken und ein Departement als Teilnehmer des Pilotprojektes aus. Der Projektstart war am 17. Oktober 2007.

Im Verlaufe des Projektjahres wurden mehrere Workshops und Fokusgruppen durchgeführt. Anhand der Erkenntnisse dieser Meetings erstellte die Projektleitung im April 2008 einen Zwischenbericht. Hier wurden der Projektverlauf und die Zielerreichung pro teilnehmende Organisationseinheit dokumentiert. Die Präsentation der Schlussergebnisse fand am 31. Oktober 2008 statt.

Die Besonderheit an diesem Pilotprojekt war, dass eine gleichzeitige Evaluation der laufenden Ergebnisse stattgefunden hat. Durch dieses Vorgehen konnte korrigierend in den Projektverlauf eingegriffen werden. Workshops und Diskussionen in Fokusgruppen dienten dazu, wichtige Erkenntnisse zu sammeln, den jeweiligen Projektstand in Erfahrung zu bringen und den Austausch und das Lernen in interdisziplinären Gruppen zu fördern.



## **Ergebnisse**

Es zeigte sich, dass die definierten Minimalstandards in der Leistungsvereinbarung realistisch waren:

- 90% der gesetzten Ziele in den Kliniken/Departement konnten erreicht werden
- Die restlichen 10% konnten infolge systembedingter Verzögerungen nur teilweise erreicht werden
- Geplante Projekte wurden in die Pilotphase integriert
- Verbesserungspotentiale aus der Ist-Analyse wurden in den Projektanträgen als Projektziele definiert

Die Pilotkliniken zeigten ein implizites Verständnis des Qualitätsmanagements und kamen ihren Verpflichtung betreffend Q- Management nach.

## 5 Indikatoren der Ergebnisqualität

### A) QABE flächendeckende Datenerhebungen und – auswertungen

#### Indikator: Patientenzufriedenheit im stationären Bereich

Beschreibung	Verwendetes Instrument	Patientenkollektiv			
		<i>E=Ein- und A=Ausschlusskriterien</i> <i>R=Rücklauftrate in %</i>			
Patientenfragebogen zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt	Kurzfragebogen PEQ (Patients' Experience Questionnaire) 15 Fragen  Bewertung: 1-6 6=sehr zufrieden 1=sehr unzufrieden	E=Aufenthalt im Akutspital mit > 1 Übernachtung im Spital  A=Wöchnerinnen; Wohnsitz im Ausland  Erinnerungsversand durchgeführt (ja/nein): Ja R= 64.1%			
Methodik und Durchführung	Datenanalyse durch	Dauer der Befragung	Durchgeführte Korrekturen		
<i>Datensammlung durch</i>			<i>(nach Patienten-Mix etc)</i>		
Inselspital, Universitätsspital Bern	Verein Outcome	12 Wochen	Keine		
Resultate	SpitalQ <sub>75</sub>	SpitalQ <sub>50</sub>	SpitalQ <sub>25</sub>	Spital <sub>M</sub> (SD)	BE <sub>M</sub> (SD)
<i>Beschreibung der Variable / Messgrösse</i>	<i>Oberstes Quartil</i>	<i>Median</i>	<i>Unterstes Quartil</i>	<i>Durchschnittswert des Berichtsspitals</i>	<i>Durchschnittswert der Berner Spitäler 2007/08</i>
Skala: Ärztliche Versorgung	6.0	5.0	1.0	5.3	5.4 (0.1)
Skala: Pflegerische Versorgung	6.0	5.0	1.0	5.4	5.4 (0.0)
Skala: Organisation, Management und Service im Spital	6.0	4.6	1.0	5.1	5.2 (0.1)

#### 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

## **6 Ausblick**

Basierend auf der Auswertung des Pilotprojektes „QM- Strategie/ Leistungsvereinbarung“ wird die Spitalleitung voraussichtlich im ersten Quartal 2009 über die weitere, schrittweise Einführung der überarbeiteten Qualitätsorganisation im Inselspital entscheiden. In diesem Zusammenhang wird voraussichtlich auch ein Q-Reporting zuhanden der Spitalleitung eingeführt werden. Die Zusammenfassung dieser Informationen wird unter anderem auch in die zukünftigen Qualitätsberichte einfließen. Sie werden damit auf kantonaler und interkantonaler Ebene zu einer wesentlich höheren Transparenz der Qualitätsentwicklung in unserem Universitätsspital beitragen.

Im Jahr 2009 wird das Inselspital, in Absprache mit QABE, an dem vom IVQ erstellten interkantonalen Messprogramm teilnehmen. Neben der Patientenzufriedenheitsmessung wird auch die Messung postoperativer Wundinfektionen in Zusammenarbeit mit SwissNOSO durchgeführt.

### **6.1 Wichtigste Erkenntnisse**

In den letzten Jahren hat sich im Bereich des Qualitätsmanagements der Fokus von der krankheitszentrierten zur patientenzentrierten Betrachtungsweise verschoben. Aus diesem Grund haben sich verschiedene Einheiten entschlossen, eine für ihren Bereich gezielte Patientenzufriedenheitsbefragung vorzunehmen. Das Erheben von zuverlässigen, validierten und interpretierbaren Daten ist dabei ein wichtiger, unabdingbarer, erster Schritt. Noch wichtiger ist jedoch der gezielte Umgang mit den Daten. Die Analyse und die darauffolgende Planung nötiger Massnahmen muss Teil der Qualitätsentwicklung sein. Dies kann erhebliche Ressourcen binden. Es ist daher wichtig, solche Befragungen überlegt zu planen und durchzuführen. Zu beachten ist insbesondere, dass auch Verbesserungsmaßnahmen Zeit benötigen und zu kurze Messintervalle in der Regel keine signifikanten und relevanten Fortschritte aufzeigen können.

## 7 Anhänge

### 7.1 Personeller und organisatorischer Stand im Q-Management

Die **Qualitätskommission** (Q-Kommission) ist eine ständige, beratende Kommission der Spitalleitung. Sie unterstützt die Umsetzung der Unternehmensstrategie und berät die Spitalleitung in Qualitätsbelangen und in der strategischen Ausrichtung des Qualitätsmanagements.

#### **Mitglieder der Q-Kommission bis 30.06.2008:**

- Schneider Ruth, Vorsitzende Q-Kommission und Leiterin Fachstelle Qualitätsmanagement
- Egli Stefan, PD Dr. med., Leiter Kniechirurgie DOPH
- Hilt Daniella, Departementsmanagerin DRNN
- Kilchenmann Margrit, Leiterin Oekologie Direktion Betrieb
- Morosoli, Alice, Bereichsleiterin Direktion Pflege / MTT
- Mühlemann Kathrin, Prof. Dr. med., Leitende Ärztin Spitalhygiene
- Rothen Hans-Ulrich, PD Dr. med., Leitender Arzt, Universitätsklinik für Intensivmedizin
- Seitz Michael, Prof. Dr. med., Chefarzt Stellvertretung

#### **Mitglieder der Q-Kommission ab 17.07.2008:**

- Rothen Hans-Ulrich, PD Dr. med., Vorsitzender Q-Kommission und Leitender Arzt, Universitätsklinik für Intensivmedizin
- Gandon Marianne, Leiterin Pflegedienst der Universitätsklinik für Kardiologie und Angiologie
- Grand Francis, Leiter Fachentwicklung Pflege, Direktion Pflege / MTT
- Hilt Daniella, Departementsmanagerin DRNN
- Largiadèr Carlo, PD Dr. phil. nat., Leiter Protein- und molekulare Diagnostik, Universitätsinstitut für Klinische Chemie
- Marbacher Monika, Schwerpunktleiterin Physiotherapie
- Mühlemann Kathrin, Prof. Dr. med., Leitende Ärztin Spitalhygiene
- Stein Peter, Dr. phil., Leiter Change Management und Organisation Direktion Dienste

**Die Fachstelle Qualitätsmanagement** unterstützt die Einheiten des Inselspitals im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Entwicklung und Durchführung von QE-Projekten, Prozessanalyse und –Verbesserung, klinisches Risikomanagement und Messung von Ergebnisqualität gehören zu den Kernkompetenzen dieser Fachstelle.

**Mitarbeiter der Fachstelle sind:**

- Schneider Ruth, Leiterin Fachstelle für Qualitätsmanagement (bis 30.06.2008)
- Bischoff Annekäthi, Projektleiterin Prozessmanagement (bis 30.09.2008)
- Bumbacher Claudine, Leiterin a.i. Fachstelle für Qualitätsmanagement (ab 01.07.2008)
- Herrmann Patrik, KV-Praktikant (bis 31.08.2008)
- Koertjé Daniel, Koordinator Outcome-Messungen
- Linder Noemi, KV-Praktikantin (ab 01.08.2008)
- Schenk Yvonne, Projektleiterin Qualitäts-/Prozessmanagement (ab 15.07.2008)
- Zahnd Daniela, Projektleiterin Klinisches Risikomanagement und Vigilanz (bis 31.07.2008)

## **7.2 Q-Leitsätze**

Am Inselspital gelten folgende Q-Leitsätze:

- 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, unternehmerischen Entscheiden und unterstützen die Umsetzung des Konzeptes Qualitätsentwicklung am Inselspital
- 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
- Die Fachstelle Qualitätsmanagement ist Ansprechpartner für spitalinterne und -externe Interessenten bezüglich spezifischer Beratungen, sowie für Hilfeleistung bei Problemen innerhalb verschiedener ICT -Tools (Information and Communication Technology)

### **7.3 Verweis (Link) zu weiteren relevanten Dokumenten**

<http://www.insel.ch>

<http://qualitaet.insel.ch>

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

Bern, April 2009

Dieser Bericht wurde von Mitarbeitern der Fachstelle Qualitätsmanagement und der Q-Kommission verfasst.





2008

Inselspital  
Universitätsspital Bern  
CH-3010 Bern  
[www.insel.ch](http://www.insel.ch)

 **INSELSPITAL**

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE  
BERN UNIVERSITY HOSPITAL