



Medizinische Qualität im Universitätsspital – das Engagement des kantonalen Gesundheitsdirektors

Pierre-Yves Maillard, Präsident GDK
H+ 21.11.08 – Hotel Kreuz, Bern

Der Massnahmenkatalog

- ▶ Strategieplan
- ▶ Leistungsvertrag und seine Evaluation
- ▶ Balanced Scorecard (Tableau de Bord Hospitalier, TBH)
- ▶ Handhabung von Zwischenfällen und Risikomanagement (internes Kontrollsystem)
- ▶ Verwaltung von Beschwerden

Strategieplan

- ▶ Der (vom Grossen Rat zu genehmigende) Strategieplan für das CHUV ist von grundlegender Bedeutung, weil er die Vision (*Know-how im Dienst der Patienten*) und die Grundwerte des CHUV (*Kompetenz, Empathie, Kreativität und Verantwortung*) formuliert.
- ▶ Er setzt Prioritäten für die 5 übergeordneten Strategieprogramme (u.a. bessere Betreuung älterer Menschen), 5 Exzellenzzentren und 8 vorrangigen Bereiche für Verbesserungen (u.a. Kontinuität der Behandlungen und Begleitung der Patienten)

Leistungsvertrag und seine Evaluation

- ▶ Für den Leistungsvertrag gelten die gleichen Performance- und Qualitätsindikatoren wie die, die von der Leitung des CHUV im Rahmen der Balanced Scorecards (Tableaux de Bord Hospitaliers) gewählt wurden
- ▶ Dadurch lassen sich die Ziele des Universitätsspitals in Echtzeit festsetzen und verfolgen

Balanced Scorecard (Tableau de Bord Hospitalier, TBH)

- ▶ Das CHUV gab sich 2007 ein Balanced Scorecard (Tableau de Bord Hospitalier), das Indikatoren in 4 Hauptbereichen umfasst:
 - Finanzen
 - Patienten und andere Partner
 - Prozesse
 - Personal
- ▶ Das Balanced Scorecard wird vierteljährlich ausgewertet

Ziele der Balanced Scorecard

- ▶ **Messen, führen, verbessern**
 - Operative Ziele in Echtzeit verfolgen -> Abweichungen erkennen und entsprechend reagieren, Durchschnittswerte verbessern
- ▶ **Informationen zugänglich machen**
 - Erreichte Ziele und Resultate kommunizieren
 - Ziele und Resultate verfolgen / Führungskontrolle
- ▶ **Strategie umsetzen**
 - Die Strategie der KS-CHUV als operative Ziele formulieren und in der Praxis umsetzen
 - Operative Ziele auf Strategie und Prioritäten ausrichten

Methodik der Balanced Scorecard



Strukturierung der Indikatoren

- ▶ **Finanzen:** Aufenthaltsdauer (AD), Budget, Produktion, Privatpatienten
- ▶ **Patienten und Partner:** Patientenzufriedenheit, Belegsärzte, Haftungsfälle, Marktanteile bei strategischen Aktivitäten
- ▶ **Prozesse:** Auslastungsgrad Infrastrukturen, Wartezeiten, medizinische Ergebnisse, Austrittsqualität
- ▶ **Personal:** Belegung, Dienstalter, Mitarbeiterzufriedenheit, Know-how (Publikationen usw.)

Medizinische Ergebnisse

- ▶ Auf zentraler Ebene: Makroindikatoren
 - Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen (Wiedereintritte)
 - Potentiell vermeidbare Reoperationen
 - Nosokomiale Infektionen
 - Dekubitus (Wundliegen)
- ▶ Auf Abteilungsebene: Mikroindikatoren
 - Ergebnisse pro Spezialität

Vorteile des Ansatzes

- ▶ **Multidimensionales System**
 - Interne / externe Sichtweise
 - Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
 - Pflegezugang, Wirksamkeit und Resultate
- ▶ **In Echtzeit**
 - T + 6 Wochen
- ▶ **Auffächerbar**
 - Nach Einrichtung und Abteilung

Erwarteter Nutzen der Balanced Scorecard

- ▶ Steigerung von Transparenz und Führbarkeit
 - Balanced Scorecard in Echtzeit
- ▶ Qualitätsverbesserung
 - Strategische und operative Planung
 - Zufriedenheit von Patienten und Partnern / Marktanteile
 - Wartezeiten / medizinische Ergebnisse
 - Mitarbeiterzufriedenheit
- ▶ Effizienzsteigerung
 - Ressourcennutzung / Auslastungsgrad
 - Internes + externes Benchmarking

Beispiel Balanced Scorecard: Mittlere Aufenthaltsdauer (AD)

Objectif stratégique Raccourcir la durée de séjour moyenne

Mesure	Poids
trimestriel	25

Technique

Nombre de journées des séjours des cas sortis pendant la période de référence / Nombre de ces cas

Périmètre

Toutes les hospitalisations.

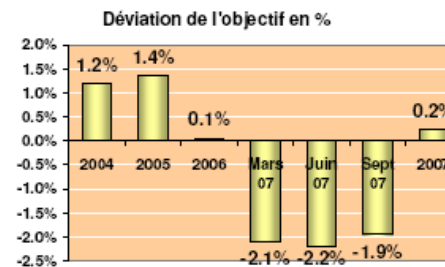
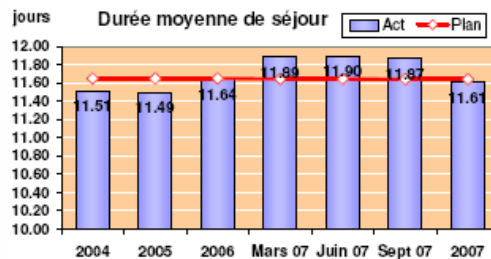
A disposition

Décomposition selon le type d'hospitalisation (A, B, C, PSYA, PSYB, PSYC)
Décomposition par département et service ainsi que par mois.

Valeur: **Actuelle** 11.6 **Précédente** 11.9 Jours

Atteinte objectif

Mesure:



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle	11.51	11.49	11.64	11.89	11.90	11.87	11.61
Valeur planifiée	11.85	11.85	11.85	11.84	11.84	11.84	11.84
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviations de l'objectif en %	1.2%	1.4%	0.1%	-2.1%	-2.2%	-1.9%	0.2%

2010
11.00

Beispiel Balanced Scorecard Bettenbelegung

Objectif stratégique Augmenter le taux d'utilisation des lits

Mesure	Poids
trimestriel	7

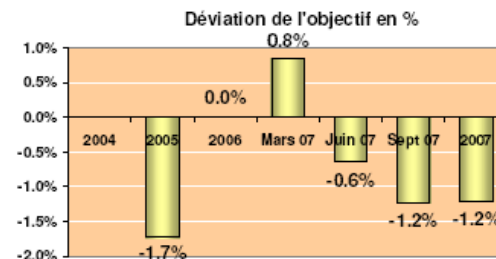
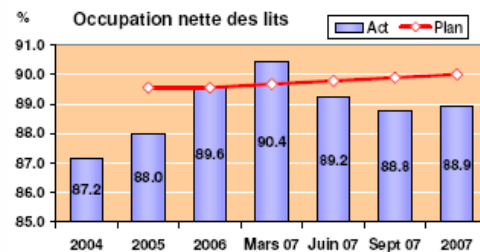
Mesure Taux d'occupation des lits

Technique Nombre de lits occupés / Nombre de lits exploités
Périmètre Lits d'hospitalisation somatiques (sont exclus les lits des urgences, des hôpitaux de jour et des salles d'intervention)
 Ne concerne pas la Psychiatrie.

A disposition Décomposition par département et service ainsi que par mois.
 Décomposition par type de soins (intensifs, continus, standards)

Valeur: **Atteinte objectif** →
 Mesure: 2007 Sept 07

Actuelle 88.92
 Précédente 88.79 %



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007	2010
Valeur réelle	87.2	88.0	89.6	90.4	89.2	88.8	88.9	
Valeur planifiée		89.6	89.6	89.7	89.8	89.9	90.0	90.0
Augmentation / Diminution réelle								
Augmentation / Diminution planifiée								
Déviation de l'objectif en %		-1.7%	0.0%	0.8%	-0.6%	-1.2%	-1.2%	

Beispiel Balanced Scorecard: unangemessene Bettenbelegung

Objectif stratégique Réduire le nombre de lits occupés de manière inadéquates


Mesure	Poids
trimestriel	7

Mesure Nombre de lits occupés de manière inadéquate (attentes de placement B et C)

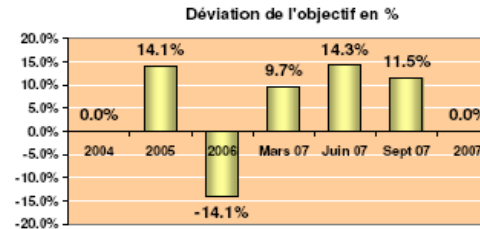
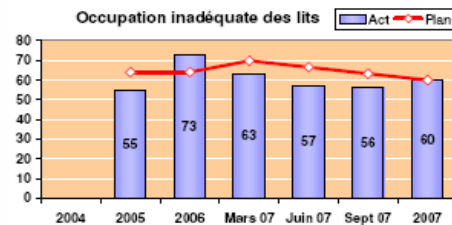
Périmètre Lits A occupés par des patients reclassés en B ou C, et lits B occupés par des patients reclassés en C.
Lits de psychiatrie occupés par des patients reclassés en C

Technique Nombre de journées inappropriées / 365
Pour l'activité somatique aigue, les journées inappropriées sont identifiées par le passage sous responsabilités médicales DMIB, DMIC, DCHB, DCHC, DGOB, ENFB
Les journées C de SYHH, REHH ainsi que toutes les journées C des trois secteurs psychiatriques sont considérées comme inappropriées

A disposition Distinction lits A / lits B. Décomposition par département et service ainsi que par mois.

Valeur: 60
Atteinte objectif  Actuelle 60 Précédente 56 Lits

Mesure: 2007 sept 07



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle		55	73	63	57	56	60
Valeur planifiée		64	64	70	67	63	60
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviations de l'objectif en %		14.1%	-14.1%	9.7%	14.3%	11.5%	0.0%

2010
40

Beispiel Balanced Scorecard: Auslastung Operationsäle


Objectif stratégique Baisser coût unitaire prestations intermédiaires / techniques

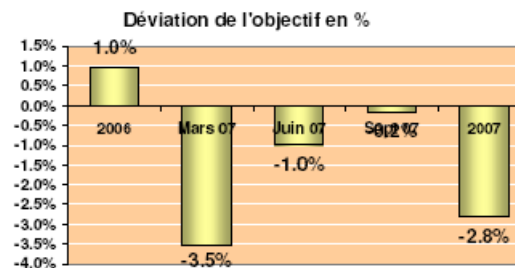
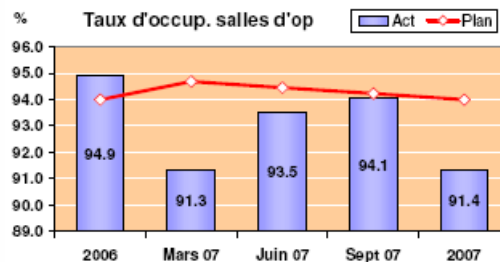
Mesure	Poids
trimestriel	6

Mesure Occupation globale des salles du BOP05

Technique Nombre d'heures d'occupation / Nombre d'heures d'ouvertures
Pour 2006, le nombre d'heures d'occupation par salle provient du planning opératoire transmis par la responsable du bloc.
Cette information sera à terme transmise automatiquement via FLUO.

A disposition Décomposition par département et service ainsi que par mois.
Décomposition par salle, secteur.

Valeur: **Actuelle** 91.36 **Précédente** 94.07 %
Atteinte objectif 
Mesure: **2007** **Sept 07**



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle			94.9	91.3	93.5	94.1	91.4
Valeur planifiée		94.0	94.0	94.7	94.5	94.2	94.0
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviation de l'objectif en %			1.0%	-3.5%	-1.0%	-0.2%	-2.8%

2010
94

Beispiel Balanced Scorecard: Wartezeiten bei Notfällen

Objectif stratégique Temps d'attente urgences en accord avec standards pour cas graves

Mesure	Poids
trimestriel	15

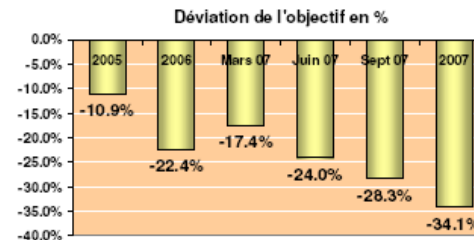
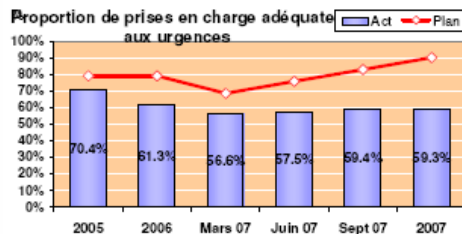
Mesure % de patients dont la prise en charge a respecté les temps d'attente théoriques
Basée sur les indices de gravité de l'échelle ELTG qui apprécie le niveau d'urgence de l'état de santé du patient. Elle est composée de 5 indices auxquels correspondent des temps d'attente théoriques avant prise en charge à respecter. L'échelle est décroissante avec l'urgence (5 = pas urgent; 1 = très urgent)
L'indice de gravité 1 indique que le patient doit être installé dans les 0 minutes dans un box (on considère un seuil de 5 minutes)
L'indice de gravité 2 indique que le patient doit être installé dans les 15 minutes dans un box.

Technique Nombre de cas installés dans la norme / nombre de cas installés
Périmètre Informations disponible pour le CIU exclusivement. Echelons 1 et 2 seulement.
A disposition Décomposition entre échelon 1 et 2. Décomposition en fonction de la pathologie.

Valeur: ■ **Actuelle** 59.3% **Précédente** 59.4% %

Atteinte objectif

Mesure: 2007 Sept 07



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle		70.4%	61.3%	56.6%	57.5%	59.4%	59.3%
Valeur planifiée		79.0%		68.5%	75.7%	82.8%	90.0%
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviations de l'objectif en %		-10.9%	-22.4%	-17.4%	-24.0%	-28.3%	-34.1%

2010

90%

Beispiel Balanced Scorecard: Wartezeiten bei Wahleingriffen

Objectif stratégique Limiter le temps d'attente pour les interventions planifiées

Temps d'attente interventions planifiées en accord avec des standards

Mesure	Poids
trimestriel	10

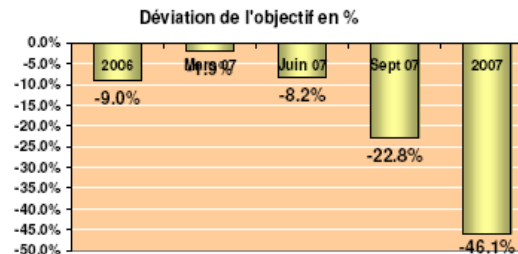
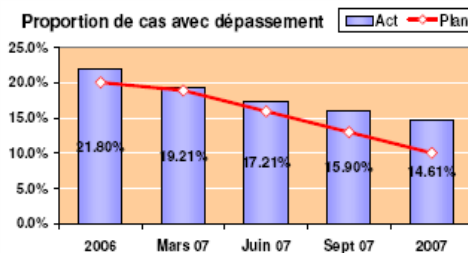
Mesure

Pourcentage des cas opérés dont le délai opératoire théorique est dépassé
Lorsqu'une intervention est décidée, un délai théorique (intervalle "limite" durant lequel l'intervention est souhaitable) est défini en fonction des codes diagnostics et/ou du niveau de priorité (défini par les intervenants)
Ces codes diagnostics et niveaux de priorité sont spécifiques à chaque service.

Technique
A disposition

Nombre de cas avec délai opératoire supérieur au délai théorique / Nombre total de cas opérés
Détails des pourcentages selon les familles de pathologies, les niveaux de priorité et par service.

Valeur: Actuelle Précédente %
Atteinte objectif
Mesure:



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle			21.80%	19.21%	17.21%	15.90%	14.61%
Valeur planifiée		20%	19%	18%	13%	10%	
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviatiion de l'objectif en %			-9.0%	-1.9%	-8.2%	-22.8%	-46.1%

Beispiel Balanced Scorecard : Anteil potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen (Wiedereintritte)

Objectif stratégique Augmenter la qualité de la prise en charge médicale

Mesure	Poids
semestriel	10

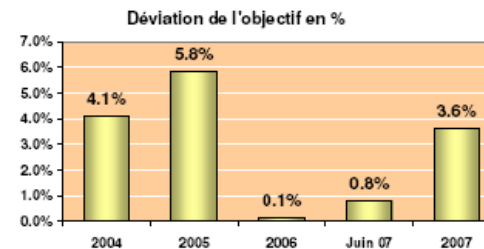
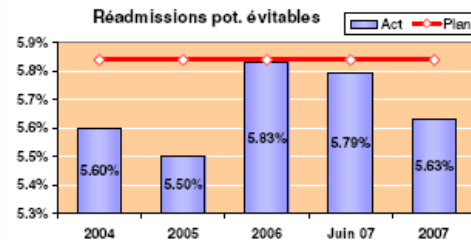
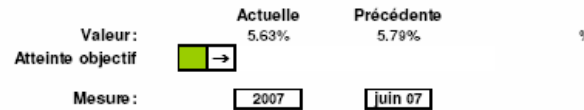
Technique Nombre de réadmissions potentiellement évitables / Nombre d'hospitalisations éligibles.

Périmètre Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si elle satisfait aux conditions suivantes:

- elle est non planifiée au moment de la sortie;
- elle est liée à une affection connue lors de l'hospitalisation initiale;
- elle a lieu dans un délai de 30 jours après la fin de l'hospitalisation initiale.

Référence Halfon P, Eggl Y, Van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. J Clin Epidemiol 2002; 55: 573-587.

Décomposition Aucune actuellement (travaux à entreprendre)



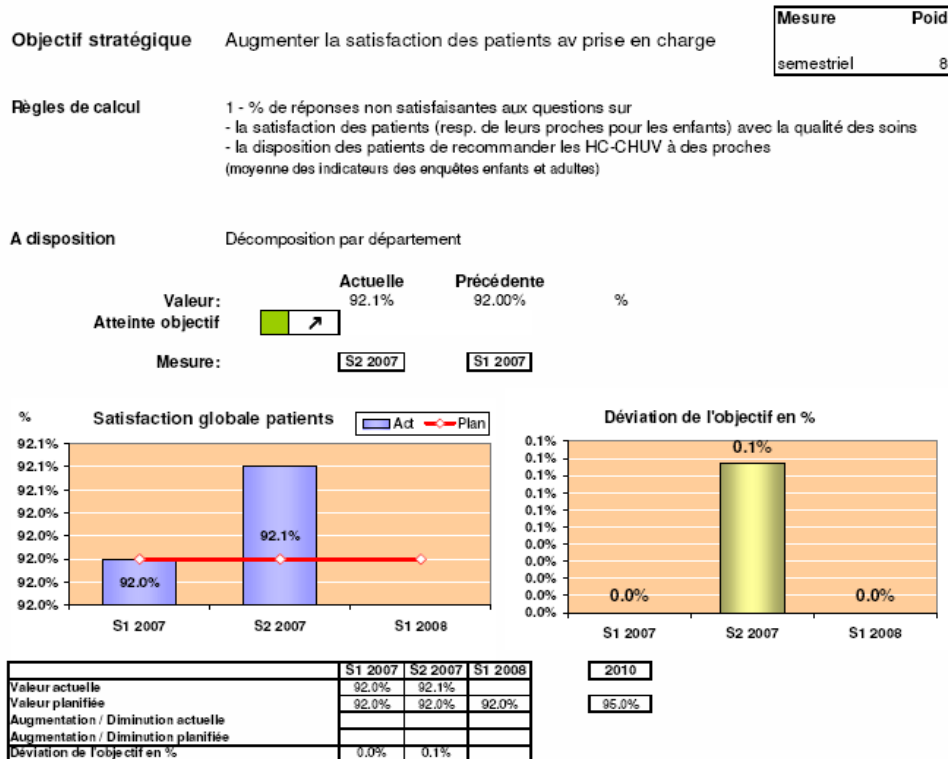
	2004	2005	2006	Juin 07	2007
Valeur réelle	5,60%	5,50%	5,83%	5,79%	5,63%
Valeur planifiée	5,8%	5,8%	5,8%	5,8%	5,8%
Augmentation / Diminution réelle					
Augmentation / Diminution planifiée					
Déviati on de l'objectif en %	4,1%	5,8%	0,1%	0,8%	3,6%

2010

-6%

Commentaire : pour s'écarter significativement du taux de réadmission attendu (6% étant donné notre casemix), il faut que le taux observé soit inférieur à 5% ou supérieur à 7%

Beispiel Balanced Scorecard: Patientenzufriedenheit



Handhabung von Zwischenfällen und Risikomanagement

- ▶ Meldepflicht für alle tatsächlichen oder potentiellen Zwischenfälle
- ▶ Analyse und Reaktion durch das Büro für Risikomanagement, das 10 Fachkommissionen koordiniert
 - ▶ Spitalhygiene, Biosafety, Hämovigilanz, Materiovigilance, Pharmacovigilance, INCA (Kastastrophenplan), Infrastruktur, Arbeitsgesundheit, physische Sicherheit, Informatiksicherheit
- ▶ Aktuell Integration des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems (gemäss Schweizer Auditstandards mit systematischer Risikoanalyse)

Beschwerdemanagement

- ▶ Einheitliche Behandlung von Beschwerden, unabhängig von der Instanz, an die sie gerichtet wurden
- ▶ Koordination mit Risikomanagement
- ▶ Persönliches Follow-up durch den Departementsvorsteher bei schwerwiegenden Beschwerden und ernsthaften Problemen

Schlussfolgerungen

- ▶ Gesundes Misstrauen bei Qualitätszertifikaten, die dem Messen und der Verbesserung der wesentlichen Resultate eines Spitals kein Gewicht beimessen
 - Die Zertifizierung ist ein Geschäft
 - Viele Kunden bezahlen für eine formale Akkreditierung ohne Mehrwert

Schlussfolgerungen /2

- ▶ Indikatoren zu medizinischen Ergebnissen oder zur Patientenzufriedenheit, die der Zusammensetzung der Patientenbasis oder der Schwere der Fälle nicht Rechnung tragen, sind wenig aussagekräftig
 - Der Prozentsatz von Problemen oder Komplikationen hängt von der Schwere der Fälle, dem Alter der Patienten und ihrer Komorbidität ab
 - Die Patientenzufriedenheit steht in direktem Zusammenhang zu den Ängsten der Patienten und der Schwere der Krankheit

Schlussfolgerungen /3

- ▶ Aus der Sicht des Vorsteher des Gesundheitsdepartements
 - Strategiepläne, Leistungsverträge, Ziele für die Spitalleitung und Indikatoren sind aufeinander **abzustimmen**:
Alle Akteure müssen die gleiche Sprache sprechen und sich für die gleichen Prioritäten einsetzen

Schlussfolgerungen /4

- ▶ Aus der Sicht des GDK-Präsidenten:
 - Es ist wichtig, landesweit pro Spitaltyp einige von den Spitälern veröffentlichte Indikatoren (Zugang, Leistungen, Hygiene) zu verwenden und
 - einige solide und tatsächliche vergleichbare (d.h. die Schwere der Fälle berücksichtigende) Indikatoren einzuführen wie beispielsweise
 - ▶ Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen (Wiedereintritte)
 - ▶ Potentiell vermeidbare Reoperationen