



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Versorgungsplanung

Audit-Leitfaden

Qualitäts-Controlling in Listenspitälern

Version 1.4, Juli 2013



1. Einführung

Seit dem 1. Januar 2012 gilt die neue Zürcher Spitalplanung mit den Spitallisten für Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Die Leistungsaufträge wurden mit Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität verknüpft. Ziel des Qualitäts-Controllings in den Zürcher Listenspitälern ist die Sicherstellung einer nachhaltigen und guten Versorgungsqualität. Hierzu wird die Einhaltung von ausgewählten Qualitätsanforderungen der Zürcher Spitalliste überprüft.

2. Controlling-Methode & Prüfungsinstanz

Als geeignete und allgemein anerkannte Methode wird das externe Audit verwendet. Die Durchführung soll schlank gehalten und effizient gestaltet werden. Die Audits erfolgen vor Ort durch ein unabhängiges und anerkanntes Audit-Institut. Schnittstellen zu bestehenden Zertifizierungen werden beachtet. Die erste Überprüfung im Jahr 2013 erfolgt in Form von Pilot-Audits.

Die Durchführung der Audits wird im Vorfeld zwischen der Gesundheitsdirektion und dem Audit-Institut vertraglich geregelt. Die Einhaltung von Datenschutz und Vertraulichkeit sind sichergestellt. Das Spital bleibt Eigentümerin aller - während des Audits - dem Auditor zur Verfügung gestellten Unterlagen (Nachweisdokumente). Der Auditor ist zur Einsichtnahme berechtigt und zur Geheimhaltung verpflichtet. Der Auditor nimmt bei Auditende keine Unterlagen (Nachweisdokumente) mit. Wenn das Spital dem Auditor Dokumente nachsendet, werden diese absolut vertraulich behandelt und nach Begutachtung vernichtet.

3. Auditororganisation

Die Audits werden flächendeckend in allen Listenspitälern des Kantons Zürich durchgeführt. Die Listenspitäler benennen der Gesundheitsdirektion ihre Kontaktperson, die für das Audit-Institut Ansprechpartnerin und Koordinatorin ist. Die Terminvereinbarung erfolgt durch das Audit-Institut bzw. den zuständigen Auditor mit der jeweiligen Kontaktperson des Listenspitals. Eine strukturierte Auditagenda gibt Informationen zu Teilnehmenden, Zeiten und Orten. Die auditierten Messmodule und Leistungsgruppen werden vor jedem Audit von der Gesundheitsdirektion festgelegt und mit entsprechenden Fragen bestückt.

4. Auditvorbereitung

Jedes Spital und das Audit-Institut erhalten sechs Wochen vor dem Audittermin eine für das Spital individualisierte Audit-Checkliste. Die Audit-Checkliste, welche den vollständigen Rahmen für das Vorgehen definiert, besteht aus einer Einführung in das jeweilige Thema, den modular aufgebauten Fragen mit Erläuterungen sowie allfälligen Hinweisen zu den Nachweisdokumenten und zu den Abweichungen.

5. Nachweisdokumente

Eine effiziente Gestaltung des Audits bedingt eine gute Vorbereitung der Spitäler. Die Nachweisdokumente sind im Audit neben der Audit-Checkliste das zentrale Element. Damit der Auditor die Einhaltung der Anforderungen überprüfen kann, müssen in den Nachweisdokumenten alle erforderlichen Angaben ersichtlich sein.

Zur Erleichterung der Zusammenstellung der Nachweisdokumente hat die Gesundheitsdirektion gemeinsam mit Spitalvertretern eine Information zu den Anforderungen an die Nachweisdokumente verfasst.

Allgemeine Anforderungen an die Nachweisdokumente

- Die Nachweisdokumente sollen zielgerichtet für das Audit zusammengestellt werden, wobei möglichst bereits im Spital vorhandene Dokumente verwendet werden sollen.
- Die Nachweisdokumente müssen eine vollständige Übersicht ermöglichen.
- Die Nachweisdokumente müssen beim Audit (vor Ort) vollständig und schnell in Papierform oder elektronisch verfügbar sein, damit das Audit in der eingeplanten Zeit durchgeführt werden kann.
- Um eine effiziente Abwicklung des Audits zu ermöglichen, sind evtl. Übersichtstabellen mit den zugehörigen Nachweisdokumenten sinnvoll. Übersichtstabellen ersetzen allerdings keine Nachweisdokumente, sie geben aber einen Überblick und ermöglichen ein zügiges Arbeiten. Bei Bedarf und Nachfrage des Auditors müssen die Angaben in den Übersichtstabellen belegt werden können.
- Hintergrundinformationen und Legenden (zum Verständnis der Nachweisdokumente) müssen bei Nachfragen des Auditors verfügbar sein oder zugänglich gemacht werden.

Neben den allgemeinen Anforderungen werden die besonderen Anforderungen an Nachweisdokumente in der „Anlage zum Messmodul“ speziell beschrieben.

6. Auditabwicklung

Auditteilnehmer sind der Auditor und die Spitalvertreter. Die Eröffnungs- und Abschlussbesprechung sowie die Klärung allfälliger Fragen, sollen im Normalfall etwa 10 Minuten (Richtgrösse, Pilotaudit 15 Minuten) benötigen. Ein Messmodul beinhaltet rund 10-20 Fragen. Die Beantwortung der Fragen gemäss Audit-Checkliste pro auditiertem Messmodul soll etwa 30-60 Minuten in Anspruch nehmen.

Damit das Audit in der geplanten Zeit durchgeführt werden kann, sind vom Spital folgende Voraussetzungen unbedingt zu erfüllen:

1. Eine gute Vorbereitung des Spitals auf die Beantwortung der Audit-Fragen (Audit-Checkliste). Dies betrifft insbesondere auch die Nachweisdokumente.
2. Ein reservierter Parkplatz für den Auditor.
3. Ein funktionsfähiger IT-Arbeitsplatz für den Auditor mit Zugang ins Internet; Browser gestartet und sichtbare Projektion für alle Teilnehmer (Beamer). Eine der folgenden Varianten ist sicherzustellen:
 - a. Spital stellt PC mit Netzanschluss via Kabel und Maus zur Verfügung, und Auditor kann sich mit eigenem USB Stick und portablem Browser ins Internet verbinden. Zur Sicherheit: Ein Spitalvertreter der Informatik muss in Rufbereitschaft sein.
 - b. Spital stellt eingeschalteten PC mit Netzanschluss via Kabel und Maus und mit Internet Browser Firefox 22.0 oder Chrome 27 zur Verfügung. Zur Sicherheit: Ein Spitalvertreter der Informatik muss in Rufbereitschaft sein.

Der Zugang zum Internet kann während des Audits auch über ein separates Netz (z.B. das für Patienten zugängliche) gewährleistet werden, damit das spitalinterne Netz mit oftmals strengen Sicherheitsanforderungen nicht tangiert wird.

7. Ergebnisbeurteilung

Die Bewertung der auditierten Themen (Auditfragen gemäss Audit-Checkliste) erfolgt nach folgender Skalierung:

- „Erfüllt“
Erfüllung sämtlicher Anforderungen wurde vor Ort erfolgreich nachgewiesen.
- „Geringe Abweichung“ (nicht erfüllt)
Eine „geringe Abweichung“ stellt für das Spital keine grundsätzliche Nichterfüllung dar. Sind Vorgaben punktuell nicht erfüllt, wird erwartet, dass eine geringe Abweichung bis zum nächsten regulären Audit oder innert einer vereinbarten Frist behoben wird.
- „Kritische Abweichung“ (nicht erfüllt)
Eine „kritische Abweichung“ stellt für das Spital eine grundsätzliche Nichterfüllung dar. Sie muss vom Spital innerhalb einer vorgegebenen Frist (siehe auch Audit-Checkliste) behoben werden. Die Überprüfung der Behebung von kritischen Abweichungen erfolgt nach Fristende in der Regel in Form eines Re-Audit gemäss Vorgabe der Gesundheitsdirektion.
- Wird die Abweichung vom Spital nicht behoben, legt die Gesundheitsdirektion Massnahmen fest, die bis zu einem Entzug des hiervon betroffenen Leistungsauftrages führen können.
- „Anmerkungen des Auditors“
Anmerkungen des Auditors beziehen sich auf die Überprüfung und Erfüllung von Anforderungen des auditierten Messmoduls.

Für die Behebung von Abweichungen gelten grundsätzlich folgende Zeitfenster:

- Behebung von „geringen“ Abweichungen: Maximal ein Jahr, bzw. bis zum nächsten regulären Audit.
- Behebung von „kritischen“ Abweichungen: Maximal 4 Monate.
- Anderslautende Zeitfenster werden direkt mit der Audit-Frage (Audit-Checkliste) erläutert.

8. Audit-Bericht

Für jedes auditierte Messmodul erhält das Spital (bei mehreren Standorten pro Standort) einen eigenen Audit-Bericht. Er leitet sich aus der Audit-Checkliste ab und enthält die Audit-Ergebnisse. Die Erstellung des Audit-Berichts erfolgt elektronisch während des Audits und ist vom auditierten Spital direkt einsehbar.

Der Audit-Bericht kann einstufig oder in Ausnahmefällen zweistufig freigegeben werden.

Einstufige Freigabe (Regelfall)

- Das Audit ist beendet und der definitive Audit-Bericht wird versendet (direkt nach dem Audit vor Ort).

Zweistufige Freigabe (Ausnahmefall)

- Audit wird vor Ort auf „beendet“ gesetzt. Es folgt ein Zwischenbericht. Die endgültige Freigabe („Audit-Bericht definitiv“) erfolgt innert 2 Wochen nach dem Audit-Termin. Innerhalb dieser Zeitspanne können Abweichungen durch Nachreichen bereits bestehender Nachweisdokumente seitens des Spitals kurzfristig behoben werden. Die behobenen Abweichungen erscheinen dann nicht mehr im Audit-Bericht „definitiv“, die Anforderungen gelten dann als erfüllt.

Stimmt das Spital dem Audit-Bericht zu, indem innert 2 Wochen keine Stellungnahme erfolgt, geht die Gesundheitsdirektion davon aus, dass die kritischen Abweichungen innert 4 Monaten behoben werden. Dies wird in der Regel mit einem Re-Audit bzw. nach Vorgabe der Gesundheitsdirektion überprüft.

Stimmt das Spital dem Audit-Bericht nicht zu, kann es innert 2 Wochen nach dem Audittermin eine schriftliche Stellungnahme mit Antrag an die Gesundheitsdirektion richten. Diese bestimmt dann das weitere Vorgehen in Abstimmung mit dem Spital.

9. Auswertungskonzept

Der Erfüllungsgrad der auditierten Qualitätsanforderungen wird pro Audit für jedes Spital individuell sowie spitalübergreifend (Quervergleich) und über mehrere Jahre hinweg (Längsvergleich) vergleichend dargestellt.

10. Beteiligte

Auftraggeber: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich; Abteilung Versorgungsplanung
www.gd.zh.ch, <mailto:gesundheitsversorgung@gd.zh.ch>, 043 259 24 71

Auditspitäler: Listenspitäler gemäss Zürcher Spitalliste

Audit-Institut: KASSOWITZ & PARTNER AG, Akkreditierte Zertifizierungsstelle für Management-Systeme, 8400 Winterthur
www.kassowitz.ch, astrid.kassowitz@kassowitz.ch, 052 212 44 88

Informatik: hcri AG, Josefstrasse 92, 8005 Zürich
www.hcri.ch

11. Finanzierung

Die Gesundheitsdirektion trägt die Kosten für die Entwicklung der Messmethode, der Messinhalte, des Auswertungskonzepts, die Durchführung der Pilot-Audits (Start 2013) und späteren Audits in den Listenspitälern. Zur Methodvalidierung übernimmt die Gesundheitsdirektion in der Pilotphase auch die Kosten für nachträgliche Beurteilungen bei Abweichungen und jedes erste Re-Audit.

Verschiebungen von Auditterminen durch das Spital oder Verzögerung des Audits beispielsweise durch nicht rechtzeitig verfügbaren Internetzugang und dadurch entstehende Zusatzaufwände können dem Spital nach Aufwand verrechnet werden.

Die Spitäler übernehmen nach der Pilotphase die Kosten für nachträgliche Beurteilungen bei Abweichungen und für die Re-Audits.

12. Feedback

Im Anschluss an jedes Audit führt die Gesundheitsdirektion eine kurze, schriftliche Befragung der Auditteilnehmer (Spital und Auditor) zur Wahrnehmung und allseitiger Beurteilung des Auditablaufs durch. Diese dient dazu, den Teilnehmern die Gelegenheit zu einem Feedback zu geben und den Auditprozess weiter zu optimieren.

13. Audits 2013

Die Audits im Jahr 2013 finden in allen Listenspitälern als Pilot-Audits statt. Die Audit-Checklisten werden sechs Wochen vor dem Audit an die betreffenden Listenspitäler in elektronischer Form versendet. Nach Durchführung der ersten 8 Pilot-Audits, an denen



auch jeweils ein Vertreter des Projektteams der Gesundheitsdirektion teilnahmen (Testphase), erfolgte Anfang Juli 2013 eine Feedback Besprechung zwischen dem Audit-Institut, der Gesundheitsdirektion und den am Projekt teilgenommenen Spitalvertretern. Die Erkenntnisse und Erfahrungen sind in die Durchführung der weiteren Audits für das Jahr 2013 eingeflossen. Werden bei künftigen Audits andere Messmodule erstmalig auditiert, können diese abhängig vom Messthema und Messumfang ebenfalls in Form eines Pilot-Audits durchgeführt werden.

17. Juli 2013
Gesundheitsdirektion Kanton Zürich