



2017

QUALITÄTSLANDKARTE

Qualitätstransparenz und konsequente Umsetzung von Qualitätsaktivitäten sind Bestandteile der KSA-Strategie. Eine Liste sämtlicher Akkreditierungen, Zertifizierungen und im KSA angewendeter Qualitätsnormen und -standards, eine Übersicht über laufende Qualitätsaktivitäten und -projekte sowie eine Übersicht über alle Registerbeteiligungen und Qualitätsmessungen dokumentieren die Vielfalt und den Stellenwert des Qualitätsmanagements am KSA.

Ausgangslage und Ziel

Seit der DRG-Einführung nimmt der Stellenwert des Qualitätsmanagements zu. Nicht zuletzt die verschiedenen Qualitätsmessungen zeigen, dass das KSA qualitativ hochwertige Leistungen erbringt. Das wird auch im Rahmen von Qualitätsberichten jährlich dokumentiert.

Im Jahre 2011 wurde erstmalig von der Leitung der Ärztekonzferenz der Auftrag erteilt, eine Qualitäts-

landkarte zu erstellen. Die Aktivitäten, Anforderungen und Wünsche der einzelnen Kliniken rund um das Thema Qualität wurden zusammengetragen. Diese Informationen führten zu einer Abbildung, ähnlich einer Landkarte. Sie ermöglichte sowohl eine Standortbestimmung als auch eine Wegbeschreibung zur künftigen Qualitätsentwicklung.

Strategische Ausrichtung

Die langfristige Verhaltensweise des KSA betreffend Qualität, insbesondere für festgelegte und vereinbarte Qualitätsziele und -planung sowie eine konsequente Umsetzung der Qualitätsaktivitäten kann auf Klinik- oder Bereichsebene deutlich identifiziert werden. Mit verschiedenen Veranstaltungen, wie der Neujahrsbegrüßung, Kopf-, Hand- und Herzgesprächen der Geschäftsleitung, wird die strategische Ausrichtung des KSA in Sachen Qualität auf die Klinikenebene transferiert und mit verfügbaren Ressourcen angegangen.

Der Qualitätssteueraussschuss ist ein strategisches Gremium der Geschäftsleitung und für alle Fragen der Qualitätssicherung und -förderung zuständig. Die Mitglieder werden von der Geschäftsleitung gewählt und haben folgende Aufgaben:

- Überwachung der externen Qualitätsentwicklung
- Empfehlung und Priorisierung von Qualitätsprojekten im Rahmen der vorhandenen Ressourcen
- Entscheidungs- und Weisungsbefugnis im Rahmen der Qualitätsprojekte
- Definition weiterer Qualitätsstandards
- Strategische Weiterentwicklung von CIRS
- Definition von Verbesserungsmaßnahmen aus den Resultaten der Qualitätsmessungen
- Prüfung weiterer Zertifizierungsanträge
- Erarbeitung der jährlichen Qualitätsziele

Der Qualitätssteueraussschuss wurde im Mai 2014 eingesetzt.

Operative Ausrichtung

Qualität wird als Grad der Übereinstimmung zwischen Anforderungen, Ansprüchen bzw. Erwartungen (SOLL) der Patienten und anderen interessierten Parteien an eine Dienstleistung (Prozess) und deren Ausführung (IST) angesehen.

Als operatives Organ des Qualitätssteueraussschusses wurde im Juni 2014 die interdisziplinäre Qualitätskommission eingesetzt. Analog des Steueraussschusses ist die Qualitätskommission für alle Fragen der Qualitätssicherung und -förderung zuständig und hat folgende Aufgaben:

- Förderung und Unterstützung bei der Initialisierung von Qualitätsprojekten
- Informations- und Erfahrungsaustausch zu laufenden Qualitäts- und Zertifizierungsprojekten
- Sicherstellung eines Qualitätscontrollings
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung
- Analyse von Ergebnismessungen und Kommunikation der Resultate im Steueraussschuss Qualitätsmanagement
- Koordination der vorgegebenen Jahresziele

Kultur und Kommunikation

Im Alltag ist eine offene Kommunikationskultur fest verankert. Es besteht eine einvernehmlich wertschätzende bereichs- bzw. klinikinterne sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit. Neben den üblichen Schnittstellenkontakten präsentiert sich dies in sehr gut funktionierenden interdisziplinären Gefässen im Rahmen von Tumorboards, Qualitätszirkeln oder M&M-Konferenzen.

Zufriedenheitserhebungen

Zufriedenheitserhebungen wie Patientenbefragungen, aber auch Messungen zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Zuweiser sind wesentliche Elemente des Qualitätsmanagements. Die Rückmeldungen können wertvolle Hinweise und Anregungen für Verbesserungspotentiale liefern. Um Vergleiche anstellen zu können, werden Befragungsinstrumente gewählt, die externe Benchmarks mit strukturähnlichen Spitälern erlauben.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualität ist für die Anspruchsgruppen des KSA nicht immer aufteilbar in ärztliche und pflegerische Qualität, weil oft nur die interdisziplinäre Gesamtqualität wahrgenommen wird.

Qualitätsinstrumente und Methodik

Eine Reihe von Qualitätsinstrumenten und Methoden sind etabliert:

- Das CIRS-System ist akzeptiert und wird gut genutzt
- Die gesetzlichen Vigilanzsysteme werden angewendet
- Die Bedeutung von Zertifizierungen nimmt weiter zu
- Erste Überprüfungen der Qualität durch Peer's (externe Experten und Beobachter) erfolgten im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)
- Das Sicherheitsbewusstsein ist stark vorhanden. Zum Beispiel wurde das Patientenidentifikationsband (PIB) flächendeckend eingeführt und das Thema Safe Surgery ist auch schon seit Jahren umgesetzt.

Qualitätsaktivitäten

Die Qualitätsaktivitäten sind nachfolgend aufgelistet und bilden die Ausgangslage, um künftige Synergien und Priorisierung bei der Qualitätsentwicklung vornehmen zu können:

Akkreditierungen, Zertifizierungen und angewendete Normen/Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm/Standard arbeitet	Jahr der ersten Akkreditierung/ Zertifizierung	Jahr der letzten Reakkreditierung/ Rezertifizierung	Bemerkungen
SGI-Anerkennung	Medizinische Intensivstation	1998		
SGI-Anerkennung	Operative Intensivstation	1990	2007	
SFCNS	Stroke Center	2013	2016	Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
ISO 9001:2015 ISO 13485:2015	Zentralsterilisation	2010	2016	
EUSOMA	Brustzentrum	2010	2016	
RQS / ISO 9001	Spitalpharmazie	2013	2016	
Akkreditierung nach ISO/IEC 17025:2005 und ISO 15189:2012	Institut für Labormedizin (IfLM)	2000	2015	
Akkreditierung Jacie	Hämatologie	2006	2014	
Akkreditierung Jacie	Institut für Labormedizin	2006	2014	
IVR (Interverband für Rettungswesen)	Blutspendezentrum	2006	2014	
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Rettungsdienst	2007	2016	
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014		
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Onkologiezentrum Mittelland	2015 ISO 2016 DKG		DKG = Deutsche Krebsgesellschaft
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Brust- und Gyn. Krebszentrum inkl. Dysplasieeinheit	2015 Dysplasie 2017		
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Darmkrebszentrum	2015		
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Pankreaskrebszentrum	2015 ISO 2017 DKG		
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Prostatakrebs- und Uroonkologisches Schwerpunktzentrum	2016 bzw. 2017		
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Hautkrebszentrum	2016 ISO 2016 DKG		
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Lymphom- und Leukämiezentrum	2016		

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm/Standard arbeitet	Jahr der ersten Akkreditierung/ Zertifizierung	Jahr der letzten Reakkreditierung/ Rezertifizierung	Bemerkungen
Akkreditierung nach ISO 17025	Institut für Rechtsmedizin	2015		
Swiss Medic	Strahlenschutz	2011		Audit zum Strahlenschutz
Radiation Therapy Oncology Group RTOG/NRG/NCI	Institute of Radio-Oncology	2012	2015	erstes Spital in Europa
Qualikita	Kita KSA Zwärglihuus	2013	2017	Kindertagesstätte
Rekole®	Rechnungswesen	2014	2017	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	2015		Bewertung «sehr gut» (53 von total möglichen 55 Punkten)
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat EndoCert	Orthopädie – Endoprothetikzentrum (EPZ)	2015		Orthopädiezentrum KSA-KSB: Zertifizierung von Hüft- und Knieprothetik
Fachzertifizierung der Deutschen Röntgen-gesellschaft (DRG)	Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Radiologie	2015		erstes Spital in der Schweiz
Auszeichnung ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services	Umsetzung der langfristige angelegte Rauchfrei-strategie	2016		Vorgaben der Organisation FTGS (Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsorganisationen)
Fachstelle UND	Prädikat «Familie UND Beruf»			(Familien- und Erwerbsarbeit für Männer und Frauen)

Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Aktivität oder Projekt	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Forschungsrat	Förderung von Forschungsprojekten	Gesamtspital	laufend
Aktives Mitglied bei IQM, www.initiative-qualitaetsmedizin.de	Überprüfung der Qualität durch Peer Reviews	Gesamtspital	laufend
Einführung Checkliste «Sichere OP»	Steigerung der Patientensicherheit	Gesamtspital	laufend
Einführung von Patientenidentifikationsbändern (PIB)	Steigerung der Patientensicherheit	Gesamtspital	laufend
Schwerverletztenversorgung / Polytrauma	Leistungsauftrag (HSM), Beteiligung am Schweizer Trauma-Register (STR) und Implementierung Registrierung in neues KSA-Patientendokumentationssystem KISIM, Zertifizierung TraumaNetzwerk (DGU), Optimierung der Leistungscodierung, Erstellung interdisziplinärer Diagnostik-/Behandlungsprozess-Richtlinien bzw. SOP zur Koordination der klinischen Behandlung Schwerverletzter, Verbesserung der medizinischen Behandlung und Senkung des Aufwandes. Fortgesetzte Qualitätskontrolle durch Erfassung traumatologischer Schockraum-/Polytrauma- und Kurz- wie Langzeit-Outcomedaten für den Quervergleich mit den anderen schweizerischen Traumazentren	Traumatologie	laufend

Aktivität oder Projekt	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
OPTIMA	<p>OPTIMA fördert die Zusammenarbeit des KSA über die Spitalgrenzen hinaus zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Spezielle Biomarker helfen, den Schweregrad einer Erkrankung präzise zu beurteilen. Basierend auf dieser Beurteilung und in enger Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Dienst und der Pflege wird der optimale Behandlungsort für jede Patientin und jeden Patienten definiert. Dies führt dazu, dass häufiger als bisher die Betreuung von Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten Umgebung empfohlen wird. Um eine optimale Betreuung am bestgeeigneten Ort zu gewährleisten, braucht es eine gute Kooperation zwischen Spitex, Hausärztinnen und Hausärzten, Rehabilitationseinrichtungen, aber auch neue Versorgungsmodelle (z.B. pflegegeleitete Betreuung, wie sie im KSA etabliert ist als Nurseled Care NLC-KSA®).</p> <p>Um die Qualität unserer Dienstleistung zu überprüfen, werden alle aus der Medizinischen Uniklinik ausgetretenen Patienten telefonisch zu ihrem Erleben während des stationären Aufenthalts und zum Spitalaustritt befragt. Bisher konnten ca. 9000 Patienten telefonisch befragt werden.</p>	MUK	laufend
Chirurgisches Austrittsmanagement	<p>Das Projekt „Austrittsmanagement Chirurgie“ hat zum Ziel, das Austrittsmanagement auf der Chirurgie analog der Entwicklungen auf der Medizin mit Anpassung von Instrumenten und Abläufen zu standardisieren. Die wichtigsten Ergebnisse:</p> <p>Nutzen Betrieb</p> <p>Die Ergebnisse aus der 3-monatigen Pilotphase in der Traumatologie im 2015 konnten im Verlauf von 2016 auf der Traumatologie bestätigt und die Aufenthaltsdauer verbessert werden. Sie wurde signifikant reduziert ($n=4121$, im Durchschnitt 0.8 Tage, $p<0.05$) bei gleichzeitiger Senkung der Langlieger und der Patienten/innen über der mittleren Verweildauer. Durch die Standardisierung nahm auch die Streuung der Liegedauer von traumatischen Patienten/-innen ($n=4121$) ab.</p> <p>Eine signifikante Reduktion der Aufenthaltsdauer (im Durchschnitt 1.4 Tage, $p<0.01$) zeigt sich auch bei weiteren fünf ausgerollten Stationen nach mindestens drei Monaten der Umsetzung ($n=2590$). Ebenso wurde der interne Prozess beschleunigt und der Sozialdienst im Median 2 Tage früher angemeldet ($n=335$).</p> <p>Nutzen Patienten/-innen</p> <p>Die Selbständigkeit (Selbstpflegeindex, SPI) bei den Patienten/-innen ($n=1766$) wurde zwischen Eintritt und Austritt um durchschnittlich 0.23 Punkte signifikant ($p<.001$) verbessert.</p> <p>Nutzen interprofessionelles Team</p> <p>Ein Grossteil (85%) des interprofessionellen Teams ($n=141$) beurteilte, dass sich die Austrittsplanung insgesamt verbessert hat. Sie stellten auch eine Verbesserung der Erfassungsqualität der Patientenbedürfnisse und der zeitnahen Organisation einer geeigneten Anschlusslösung fest ($n=52$).</p> <p>Nach einem Jahr Laufzeit wird bis Ende 2017 der Effekt nochmals evaluiert werden.</p>	Chirurgie	laufend
GEMBA	Umsetzung der Erkenntnisse auf baulicher und prozessualer Ebene	Notfallzentrum	laufend
Klinische Pharmazie (Steigerung der Medikationensicherheit)	Die Möglichkeit, pharmazeutische Auskünfte zu erhalten, wird tagtäglich mehrmals vom ärztlichen oder pflegerischen Personal genutzt. Die Dienstleistungen der Klinischen Pharmazie wurden mit der Begleitung des Rollout KISIM und der Einführung neuer Ärzte in die elektronische Verordnung stark ausgebaut.	Spitalpharmazie und verschiedene Kliniken	laufend
Patienten-Advisory-Board	Patienten-Zufriedenheit	Radioonkologie	laufend
Protonentherapie	Virtuelles Tumorboard zusammen mit dem Paul Scherrer Institut (PSI) und dem Universitätsspital Zürich (USZ)	Radioonkologie	1 × monatlich
Hyperthermie	Zusammenarbeit mit der Erasmus-Universität Rotterdam Virtuelles Tumorboard (Deutschschweiz)	Radioonkologie	1 × monatlich

Aktivität oder Projekt	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
IVR-Anerkennung	Einsatzzeitstelle ELS 144	ELS 144	in Planung für 2017
Kinderkardiologische/Kinderkardiologische Kolloquien mit Patientenvorstellung im Universitätskinderhospital Zürich ca. 7-mal jährlich	Standardisierung der Echokardiographie-Befundung (Benutzung gleicher Normwerte, gleiche Untersuchungsprotokolle bei definierten Krankheitsbildern) mit den kinder-kardiologischen Abteilungen von Basel, St. Gallen, Zürich, Luzern, Baden	Kinderkardiologie	in Planung
Tagesplanung: interdisziplinäre Vorbesprechung der Tagesplanung	Effizienzsteigerung der Arbeitsabläufe, Verkürzung der Patientenwartezeiten	Kinderonkologie	abgeschlossen und positiv evaluiert
OE-Seminar Visite: interdisziplinäres, moderiertes Organisationsentwicklungsseminar	Standardisierung und Effizienzsteigerung der Visite, Verbesserung der med. Versorgung	Kinderonkologie	Durchführungsphase, Evaluation im März 2015
Zytostatikaverordnung im CATO: Übertragung der Therapieprotokolle im 8-Augen-Prinzip	Ersetzen der fehleranfälligen Zytostatikaverordnung in Excel durch ein elektronisches System, automatisierte Vermeidung von Inkompatibilitäten	Kinderonkologie	Durchführung begonnen
Tele-Tumorkonferenz mit dem Kispi Zürich	Teilnahme am kinder-onkol. Qualitätszirkel des Kispi Zürich	Kinderonkologie	in Durchführung
Auslastung Sprechstundenzimmer	optimale Nutzung der Räume Neues Planungs-Tool	Ambulatorium KKJ	2015/16
Stationslisten in der Klinik für Kinder und Jugendliche	Optimierung von Arbeitsabläufen	Bettenstation KKJ	laufend seit 2010
Osteoporosescreeing aller Frakturpatienten >=50 Jahre	laufende konsekutive prospektive Erfassung/Abklärung auf der Traumatologie aller stationären >=50-jährigen Frakturpatienten auf Osteoporose (inkl. 1-Jahres-Befragung Pat. & HA bzgl. Therapieempfehlungsumsetzung bzw. Compliance)	Traumatologie	laufend seit 2012
Austrittsmanagement im Wochenbett	Durch dieses Projekt konnte die Verweildauer der gesunden Mütter innerhalb der Geburtshilfe durch aktives Austrittsmanagement gesenkt werden. Gleichzeitig wurde der Aufbau eines wirksamen Netzwerkes zur weiteren Betreuung zu Hause vorangetrieben.	Geburtshilfe	seit 2013
NRG Oncology	Neue Möglichkeiten des Wissenstransfers sowie der Teilnahme und Durchführung von Studien. Patienten profitieren doppelt von überwachten Sicherheitsstandards und den Erkenntnissen aus den aktuellsten Krebsstudien weltweit.	Radio-Onkologie-Zentrum KSA-KSB	
Lagerungsstandards OP Haus 1	Erstellen von Lagerungsstandards für alle Eingriffe im OP Haus 1; Verabschiedung durch CAs Anästhesie und jeweiliges Fachgebiet; Schulung und Wissensüberprüfung aller Mitarbeitenden der Lagerungspflege	Lagerungspflege OP Haus 1 Operateure aller chirurgischen Fachgebiete	in Arbeit
Richtschemen OP Haus 1	Erstellen und Verabschieden von einheitlichen Richtschemen für alle Eingriffe im OP Haus 1	instrumentierende OP Haus 1	in Arbeit
Akkreditierung Institut für Pathologie	Bestätigung und Anerkennung der technischen Kompetenz des Instituts für Pathologie	Pathologie	März 2016–Januar 2018
Pflegeprozess	Verbesserung von Patienteneinbezug und Pflegedokumentation. Der Pflegeprozess ermöglicht eine systematische, an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte, laufend evaluierte und bei Bedarf angepasste Pflege und Betreuung. Der dokumentierte Pflegeprozess gewährleistet eine kontinuierliche und effektive Pflege über die ganze Zeit der Hospitalisation. Die im KISIM hinterlegten Pflegediagnosen (NANDA) sind bekannt und werden unter Einbezug der Patientinnen und Patienten genutzt. Das Steuern des Pflegeprozesses ist im Tagesablauf integriert und bei Dienstübergabe immer auf dem aktuellsten Stand.	Gesamtspital	2017–2018

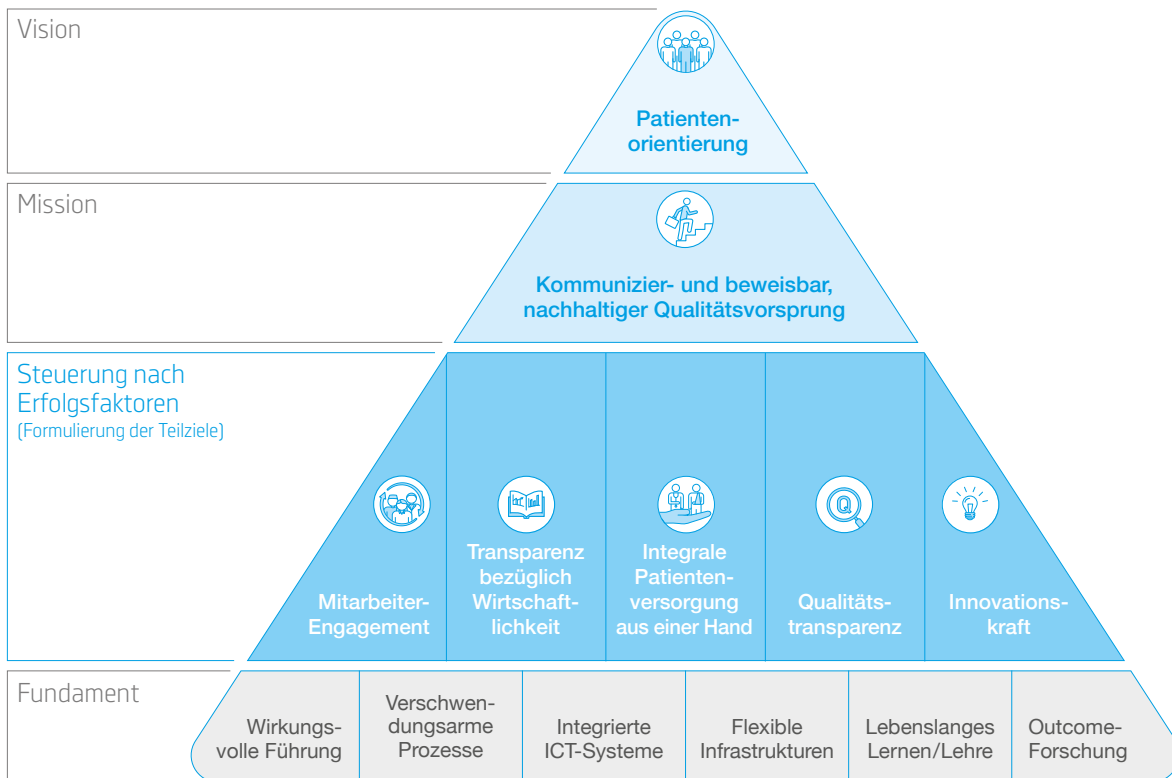
Qualitätsmessungen

Bezeichnung	Messinstrument	Zeitpunkt	Bereich
Telefonische Patienteninterviews	Internes Instrument	kontinuierlich	Medizin, Chirurgie, Frauenklinik
Patientenzufriedenheit	ANQ	September 2016	
Nationale Elternbefragung in der Akutsomatik	ANQ	September 2016	Pädiatrie
Zuweiserzufriedenheit	Webbasierte Befragung durch Marktforschungsinstitut	2. Quartal 2018	
Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen	Methode SQLape	kontinuierlich	
Potentiell vermeidbare Reoperationen	Methode SQLape	kontinuierlich	
Postoperative Wundinfekte	SwissNoso	kontinuierlich	
Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	Methode LPZ	November 2016	alle stationären Patienten
Qualitätssicherung der SPOG	Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe	kontinuierlich	Pädiatrische Onkologie
Statistische Datensammlung Notfallzentrum	Anzahl Patienten, behandelnde Fachbereiche, Length of stay, Aufenthalt im Warteraum, Behandlungsdringlichkeit, Patientenzufriedenheit	kontinuierlich seit 2002	Notfallzentrum
Eintrittsbeurteilung Notfallzentrum von medizinischen Patienten	Time stamps	kontinuierlich seit 2013	Notfallzentrum
Eintrittsbeurteilung Notfallzentrum von chirurgischen Patienten	Time stamps	kontinuierlich	Notfallzentrum
Untersuchung des Transitionsprozesses bei Jugendlichen mit angeborenem Herzfehler	multizentrische Qualitätskontrollstudie durchgeführt von Prof. M. Schwerzmann, Kardiologie, Inselspital, Bern		Kinderkardiologie
Behandlungsqualität der Inkontinenzoperationen	Fragebogen ICIQ	kontinuierlich	Beckenbodenzentrum
Pflege- und Dokumentationsqualität	Fragebogen Clinical Learning Environment Scale (CLES+T) durch die Studierenden Pflege ausgefüllt	2 × jährlich	alle
Pflegequalitätsindikator: Dekubitus	elektronisches Patientendossier, aus Routineerhebungen ePA (ergebnisorientiertes Patientenassessment) der Pflegedokumentation	kontinuierlich	Medizin, Chirurgie, zukünftig auch KKJ, Frauenklinik

Zusammenfassung

Der Stellenwert des Qualitätsmanagements nimmt zu. Nicht zuletzt zeigen die verschiedenen Qualitätsmessungen, dass das KSA qualitativ hochwertige Leistungen erbringt. Das wird auch im Rahmen von Qualitätsberichten jährlich dokumentiert.

Die langfristige Verhaltensweise des KSA betreffend Qualität, insbesondere für festgelegte und vereinbarte Qualitätsziele und deren Planung sowie eine konsequente Umsetzung der Qualitätsaktivitäten, ist explizit in der Strategie des KSA festgehalten:



In den kommenden Jahren werden die Zertifizierungsabsichten einzelner Zentren auch im Hinblick auf die Leistungsverträge zunehmen. Ein Fernziel ist die Zertifizierung des Gesamtspitals in den nächsten Jahren.