

Qualitätskriterien

Assessment I

Spital

Inhalt

1. Hygiene.....
2. Pflege.....
3. Wundmanagement.....
4. Infrastruktur und Allgemeines
5. Qualitätsmassnahmen und Risikomanagement.....

1. Hygiene

Das Spital verfügt über ein Konzept* zum Thema Hygiene? Dieses ist schriftlich allen Spitalangestellten zugänglich?

Alle Pflegefachpersonen, FAGEs, Ärzte und anderes beteiligtes Personal kennen das Konzept* und wenden es an?

Finden regelmässige interne Weiterbildungen und Schulungen zum Thema Hygiene statt?

Wie häufig geschieht die Zimmerreinigung und Desinfektion?

Werden die «WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care» umgesetzt?

Werden hausinterne Erhebungen / Überprüfungen zur Händehygiene durchgeführt?

Werden diese Ergebnisse / Resultate der Tests auch regelmässig kommuniziert?

Werden die Empfehlungen der «Swissnoso» umgesetzt (z. B. Programm CleanHands oder SSI Intervention)?

Wie hoch ist die Rate der nosokomialen Infektionen?

Werden Gegenmassnahmen ergriffen? Sind Strategien oder Lösungsansätze vorhanden und werden diese umgesetzt?

Die ausreichende Anzahl Hygienefachpersonen und der Personalschlüssel (Infektiologe, Hygienefachfrau der Pflege) ist gemäss der Empfehlung von «Swissnoso» vorhanden?

Ist eine hygieneverantwortliche Person pro Abteilung / Station vorhanden?

Wie ist der Vorgang bei der Aufnahme von stationären Patienten in Bezug auf multiresistente Erreger (ESBL, MRSA etc.)? Wird standardmässig ein Screening / Schnelltest nach Empfehlung der «Swissnoso» durchgeführt?

Verfügt das Spital über einen Infektiologischen Konsiliardienst?

Verfügt das Spital über eine ambulante Infektiologie – Sprechstunde?

Gibt es die Möglichkeit, eine intravenöse Antibiotika Therapie ambulant durchführen zu lassen?

2. Pflege

Die Pflegefachpersonen arbeiten mit Pflegestandards, die sich an allgemein anerkannten Richtlinien und Empfehlungen orientieren?

Die für den Patienten verantwortlichen Pflegefachpersonen nehmen grundsätzlich immer am Übergabe - Rapport und an der Visite teil. Der mündliche und schriftliche Informationsaustausch der Pflegefachpersonen ist gewährleistet?

Es ist kontinuierlich eine ausreichend hohe Anzahl diplomiertes Pflegefach- und Pflegeassistentenpersonal im Tag- bzw. Nachtdienst gewährleistet (als ausreichend gilt, wenn keinerlei pflegerischen Massnahmen bei Patienten aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflegeteams entfallen und keine nachteiligen Ereignisse und Komplikationen eintreten)?

Es ist kontinuierlich eine ausreichend hohe Anzahl qualifiziertes diplomiertes Pflegefachpersonal auf der IPS bzw. IMC gemäss den Richtlinien der SGI gewährleistet?

Die versteckten Rationierungseffekte von Pflege sind definiert als die von Pflegefachpersonen rapportierte Anzahl an nicht durchgeführten notwendigen pflegerischen Massnahmen bei Patienten, aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflegeteams. Für sämtliche für Patienten nachteilige Ereignisse und Komplikationen, definiert als das Vorkommen von Medikamentenfehlern, Stürzen, nosokomialen Infektionen, Dekubitus oder unvorhergesehenen Zwischenfällen, berichtet von Pflegefachpersonen, gilt intern Meldepflicht und es besteht ein entsprechendes Dokumentationssystem. Gegenmassnahmen werden umgehend durch die Spital- oder Pflegedienstleitung eingeleitet, die zu diesem Zweck jederzeit erreichbar ist?

Wird auf Unterbesetzung beim Pflegefachpersonal zeitnah und adäquat reagiert (z. B. Umverteilung, Bettenschliessung etc.)?

Wie hoch ist der Anteil an temporär arbeitendem Pflegepersonal (Verleihfirmen)?

Das Spital verfügt über Pflegesprechstunden, wie zum Beispiel zum Thema MS u.a. Informationen zu den Pflegesprechstunden sind für Patienten und deren Angehörigen leicht zugänglich?

Das «Swiss Care Excellence Certificate» (SCEC) in Pflege wurde für das Spital oder einzelne Abteilungen durchgeführt?

3. Wundmanagement

Das Spital verfügt über ein Wundmanagement. Ein Wundmanager bzw. Experte ist vorhanden?

Das Spital verfügt über ein Wundambulatorium / Sprechstunde?

Das Spital verfügt über ein Wundkonzept* / interne Vorgaben zur Wundfassung, Dokumentation und Wundbehandlung?

Das Wundkonzept* ist für alle Fachpersonen verbindlich?

Das Wundkonzept* hat das Ziel, evidenzbasierte und effiziente Wundversorgung zu gewährleisten?

Die standardisierte Dokumentation erfasst Ein- und Austrittsbefund, sowie Verlauf der Wundheilung?

Die notwendigen Verbrauchsmaterialien sind verfügbar und werden nach den Kriterien Qualität und Handhabung definiert?

Das Spital verfügt über ein Dekubitus - Management, die Rate wird erfasst und Massnahmen werden umgesetzt?

4. Infrastruktur und Allgemeines

Gibt es eine Tagesklinik für ambulante Operationen / Chemotherapien etc.?

Besteht ein Tumorboard im Rahmen der Onkologie? Besteht ein interdisziplinärer Austausch mit Ärzten und anderen Spitalern?

Bestehen Netzwerke mit Umgebungsspitalern? Art und Umfang der Zusammenarbeit?

Gibt es eine Ombudsstelle (klinikunabhängige Vertrauensperson)?

Gibt es ausschliesslich Einzelzimmer auf der Intensivstation?

Regelung der ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation, dem Notfall und den übrigen Abteilungen am Wochenende / Nacht?

Besteht ein Alarmsystem für Reanimationsfälle und sind alle Abteilungen / Funktionseinheiten entsprechend geschult (Herzalarmsystem)?

Innovationen

5. Qualitätsmassnahmen und Risikomanagement

Sind die Daten der Messung zur Patientenzufriedenheit öffentlich zugänglich?

Werden Patientenfragebögen verwendet, die die Zufriedenheit, Lebensqualität und den medizinischen Nutzen einer durchgeführten Operation dokumentieren, wie z. B. «COMI» (Core Outcome Measures Index), «Oswestry Low Back Pain Disability Index», freiwillige Erhebung des patientenbezogenen Nutzens bei Gelenkersatzeingriffen des Schweizerischen Implantat-Registers (SIRIS) etc.?

Gibt es ein Konzept* zur Einführung neuer Mitarbeitende?

Besteht die Möglichkeit für Mitarbeitende sich regelmässig fachspezifisch fort- und weiterzubilden?

Sind die Daten der Messung zur Mitarbeitenden Zufriedenheit öffentlich zugänglich?

Vorhandensein von z. B.:

- CIRS (Critical Incident Reporting System)
- Vorhandene Zertifikate, wie z. B.: ISO, H+Quality, Swiss Leading Hospitals, Swiss Cancer Network (SGMO Schweizer Gesellschaft für medizinische Onkologie etc.)

Gibt es ein Konzept zur Medikationssicherheit (Vermeidung von Diskrepanzen zwischen verordneten, dokumentierten und tatsächlich eingenommenen Medikamenten)?

Gibt es ein Konzept* zur Selektion potenziell inadäquater Medikation für ältere Patienten, wie z. B. Priscus Liste oder Beers Liste?

Im Austrittsbericht nach stationärem Aufenthalt werden für neu verordnete Medikamente die entsprechenden Arzneimittelwirkstoffe benannt?

In den Ambulatorien werden bei Neuverordnungen bevorzugt Generika abgegeben. Bei schriftlicher Neuverordnung werden die entsprechenden Arzneimittelwirkstoffe benannt?

Gibt es ein Konzept* zur Erkennung und Vermeidung des Delirs?

Verfügt die Klinik über ein Konzept* zur Sturzprophylaxe?

Bei unruhigen oder bei psychisch instabilen Patienten werden Sitzwachen eingesetzt. Die Richtlinien der «SAMW» bezüglich Zwangsmassnahmen in der Medizin werden beachtet und umgesetzt?

Gibt es zur Sicherung der Patientenidentifikation Patientenarmbänder?

Es gibt ein Konzept* zum Umgang mit Sicherheitsbedenken in Anlehnung an das Konzept «Speak up, wenn Schweigen gefährlich ist» der Stiftung Patientensicherheit?

Das Spital verfügt über ein „Palliativ Konzept“?

Die behandelnden Ärzte und pflegerischen Fachpersonen kennen das Konzept* und wenden es an?

Der Umgang mit Patientenverfügungen ist geregelt?

Die betrieblichen und räumlichen Voraussetzungen gestatten ein Sterben in Würde. Für eine vertraute und familiäre Umgebung wird gesorgt (eigene Kleider, Fotografien, Bilder, eigene Kissen etc.), sowie Zimmerwechsel vermieden?

Werden die Professionals und übrige Mitarbeitenden regelmässig, gemäss «Guidelines der ILCOR» (www.ilcor.org, international anerkanntes Komitee, das die Evidenzlage rund um die Reanimation monitorisiert), geschult (Als Professionals im Sinne der Reanimation definiert der «SRC» - Ärzte, Dipl. Rettungssanitäter HF, Dipl. Pflegefachpersonen HF und Transportsanitäter)?

Werden zur Verbesserung der Patientensicherheit Notfall Simulationstrainings durchgeführt (Crisis Ressource Management)?

Teilnahme / Mitgliedschaft an «Initiative Qualitätsmedizin» (IQM)?

Wird ein Verfahren zur Messung der Qualitätsdimension Diagnose- und Indikationsqualität (Abhängigkeit der Ergebnis- und Behandlungsqualität von der Diagnose- und Indikationsstellung angewendet?

Ein internes Meldesystem zur Erfassung von schwerwiegenden Vorkommnissen mit Medizinprodukten ist vorhanden? Eine geeignete Fachperson ist festgelegt, die die Meldepflicht gegenüber der «Swissmedic» wahrnimmt?

Das Spital führt regelmässig strukturierte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen mit Ärzten und Pflegefachleuten durch, mit dem Ziel, die Pflege- und Behandlungsabläufe besonders schwerer Krankheitsverläufe zu analysieren und ggf. Massnahmen daraus abzuleiten?

***Konzepte sollten folgende Kriterien beinhalten:**

- Eine im Thema geschulte, verantwortliche Fachperson ist festgelegt
- In Abstimmung mit dem Qualitäts- und Risikomanagement hat das definierte Thema (z. B. Delir, Sturz, Hygiene etc.) und daraus abgeleitete Massnahmen eine Verbesserung des Patienten - Outcome zum Ziel
- Die Handlungsanweisungen, die sich an den Richtlinien anerkannter Fachgesellschaften orientieren, sind für alle betroffenen Berufsgruppen abrufbar und verbindlich
- Die Mitarbeitenden werden in Schulungen aktiv informiert, sensibilisiert und trainiert
- Die Umsetzung der Handlungsanweisungen wird überwacht, Ereignisse werden monitorisiert und ggf. Gegenmassnahmen eingeleitet