

Qualitätskriterien

Assessment

Akutspital

Einleitung

Die CSS Versicherung führt seit 2016 Assessments zur Qualitätssicherung in der Leistungserbringung in Akutsomatischen Spitälern, Rehabilitationskliniken und Psychiatrien der Schweiz durch.

Als Gesundheitspartner unserer Kunden sehen wir den Mehrwert zum einen in dem 360 Grad-Blick, den Kunden / Patienten in Bezug auf die Erfassung der umgesetzten Qualitätsmassnahmen und deren Weiterentwicklung in Spitälern / Kliniken erhalten. Zum anderen bieten die Assessments eine Möglichkeit für die Spitäler / Kliniken aufzuzeigen, wie sie sich täglich für ihre Patienten engagieren.

Wir pflegen in den Assessments den partnerschaftlichen Umgang mit den Leistungserbringern und führen die Diskussion auf Augenhöhe. Ziel ist es, gemeinsam das Thema Qualität in der Leistungserbringung und best practice im klinischen Alltag für Kunden und Patienten voranzutreiben.

Die im Kriterienkatalog festgelegten Mindeststandards, die wir uns für die Kunden der CSS Versicherung wünschen, wurden durch uns sehr sorgfältig erhoben und sind in der Regel mit Studien solide begründbar. Die Kriterien haben, je nach Priorisierung, eine unterschiedliche Gewichtung. Die Bewertung der Hauptkapitel ergibt sich aus der Summe der Ergebnisse der einzelnen Kriterien im Verhältnis zum maximal erreichbaren Ergebnis der Hauptkapitel (Hygiene, Pflege, Qualitäts- und Risikomanagement).

Im Anschluss an ein Assessment wird bei der Bewertung der einzelnen Massnahmen berücksichtigt, dass verschiedene Vorgehensweisen und Ansätze in Spitälern / Kliniken zum gleichen Ziel führen können. Die durch uns verfassten Assessment - Berichte enthalten Empfehlungen, die als Anregung für die Etablierung neuer Qualitätsmassnahmen in den Spitälern / Kliniken dienen können.

Die in den Assessment - Kriterien erfragten Konzepte* sollten folgende Anforderungen erfüllen:

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

Hygiene

1.
 - a. Das Spital verfügt über ein Hygiene Konzept*.
 - b. Das Konzept* ist für alle Mitarbeitenden abrufbar.
2.
 - a. Alle Mitarbeitenden des Spitals kennen das Hygiene Konzept*.
 - b. Alle Mitarbeitenden wenden es in ihren Tätigkeitsbereichen an.
3.

Es finden regelmässig für alle Mitarbeitenden interne Weiterbildungen und Schulungen zum Thema Hygiene statt.
4.

Die Zimmerreinigung und Flächendesinfektion erfolgen nach anerkannten Hygieneempfehlungen (z.B. gemäss Empfehlungen RKI, SUVA oder BAG).
5.

Die «WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – My 5 moments» wird von allen Mitarbeitenden angewendet.
6.

In Anlehnung an das Messinstrument CleanHands von «Swissnoso» werden klinikinterne Erhebungen / Überprüfungen zur Händehygiene - Adhärenz durchgeführt.
7.

Die Ergebnisse / Resultate der klinikinternen Erhebungen / Überprüfungen werden erfasst, analysiert und direkt kommuniziert (gemäss Modul CleanHands).
8.

Die Empfehlungen der «Swissnoso» werden umgesetzt (Bulletin/Newsletter).
9.

Das Spital nimmt an Programmen der «Swissnoso» teil (z.B. CleanHands, SSI Surveillance oder SSI Intervention).
10.
 - a. Das Spital erfasst kontinuierlich die Wundinfektionsraten nach chirurgischen Eingriffen (Surgical Site Infections / SSIv) von mindestens drei operativen Eingriffsarten.
 - b. Die Ergebnisse werden klinikintern analysiert, kommuniziert und sind öffentlich abrufbar (Website oder Qualitätsbericht, exklusive ANQ Publikation).
 - c. Aus den Ergebnissen werden Gegenmassnahmen abgeleitet und Prozesse ggf. angepasst.

11.

- a. Das Spital erfasst weitere Healthcare – assoziierte Infektionsraten / HAI (z.B. Beatmungs-assozierte Pneumonien, Katheter - assoziierte Harnwegsinfektionen, Katheter - assoziierte Bakteriämien).
- b. Die Ergebnisse werden erfasst, analysiert, kommuniziert und sind öffentlich abrufbar (Website oder Qualitätsbericht).
- c. Aus den Ergebnissen werden Gegenmassnahmen abgeleitet und Prozesse ggf. angepasst.
- d. Das Spital nimmt an Projekten zur Förderung der Prävention von nosokomialen Infektionen teil.

12.

- a. Das Spital richtet sich nach den Empfehlungen der «nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen / StAR».
- b. Das Spital nimmt am «Swissnoso - Antibiotic Stewardship Programm ASP» teil.

13.

Das Spital richtet sich nach den Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz – «Programm progress! Sicherheit bei Blasenkathe tern».

14.

Gemäss der Empfehlung von «Swissnoso» ist die ausreichende Mindestanzahl von Fachpersonen für Spitalhygiene und Infektionsprävention (Referenznorm von Personalressourcen in Bezug auf die Bettenanzahl / Leistungsauftrag) vorhanden. Als Fachpersonen gelten Fachexperten Spitalhygiene & Infektionsprävention.

15.

Eine hygieneverantwortliche Fachperson (z.B. Link Nurse) ist als Ansprechperson pro Tätigkeitsbereich / Station vorhanden.

16.

- a. Der Prozess bei der Aufnahme von stationären Patienten in Bezug auf multiresistente Erreger, wie z.B. MRSA, ESBL, VRE etc., ist definiert.
- b. Ein Screening / Schnelltest wird nach den Empfehlungen von «Swissnoso» durchgeführt.

17.

- a. Das Spital verfügt über eine Abteilung für Infektiologie / Spitalhygiene.
- b. Alternativ hat das Spital die Möglichkeit jederzeit einen Infektiologischen Konsiliardienst anzufordern.

Pflege

1.
 - a. Die Pflegefachpersonen richten sich nach Pflegestandards, die sich an anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren.
 - b. Das Spital verfügt über qualifizierte Fachpersonen (BA Pflege / APN; Fachexperte Pflege, CAS / MAS Pflege etc.), die die pflegerischen Standards überprüfen, aktualisieren und Schulungen durchführen.

2.
 - a. Der Informationsaustausch der Pflegefachpersonen ist u.a. durch ein digitales Pflegedokumentationssystem gewährleistet.
 - b. Das Dokumentationssystem beinhaltet den gesamten Pflegeprozess und die Pflegeplanung.

3. Die Pflegefachpersonen benutzen anerkannte Pflegeassessment Instrumente zu den folgenden Pflegephänomenen:
 - Delir
 - Sturz
 - Dekubitus
 - Malnutrition
 - Chronische und akute Schmerzen
 - etc.

4.
 - a. In den Pflegeteams werden systematische Fallbesprechungen bei problematischen Pflegesituationen durchgeführt.
 - b. Im fachlichen Austausch werden dementsprechend Pflegemassnahmen angepasst und Handlungsstrategien entwickelt.

5.
 - a. Im Spital werden spezialisierte Pflegesprechstunden angeboten.
 - b. Patienten und deren Angehörige erhalten Informationen zum alltäglichen Umgang mit der Erkrankung, Verhaltensanweisungen, Informationen zu Hilfsmitteln, Vermittlung von Selbsthilfegruppen / Verbänden sowie die Möglichkeit pflegebezogene Probleme abzuklären.

6. Gemäss den Richtlinien der SGI ist kontinuierlich eine ausreichend hohe Anzahl qualifiziertes diplomiertes Pflegefachpersonal auf der IPS bzw. IMC gewährleistet.

7. Es ist kontinuierlich eine ausreichend hohe Anzahl diplomiertes Pflegefach- und Pflegeassistenzpersonal 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.

- 8.**
- a.** Das Spital verfügt über ein Instrument, das versteckte Rationierungseffekte von Pflege, definiert als die von Pflegefachpersonen rapportierte Anzahl an nicht durchgeführten notwendigen pflegerischen Massnahmen bei Patienten, darstellt. Dabei handelt es sich um pflegerische Massnahmen, die aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflegeteams nicht durchgeführt werden können.
 - b.** Für nachteilige Ereignisse und Komplikationen, definiert als das Vorkommen von Medikamentenfehlern, Stürzen, nosokomialen Infektionen, Dekubitus oder unvorhergesehenen Zwischenfällen, gilt intern Meldepflicht.
 - c.** Ein entsprechendes digitales Dokumentationssystem ist vorhanden.
 - d.** Gegenmassnahmen werden umgehend durch die Spital- oder Pflegedienstleitung eingeleitet, die zu diesem Zweck jederzeit erreichbar ist.

- 9.**
- a.** Auf eine Unterbesetzung beim Pflegefachpersonal wird zeitnah und adäquat reagiert (Umverteilung).
 - b.** Ein Informations- und Handlungsprozess ist definiert.

- 10.**
- Das Spital setzt kein temporär arbeitendes Pflegepersonal von Verleihfirmen ein.

Qualitäts- und Risikomanagement

1. Das Spital verfügt über gültige Zertifikate, wie z.B. ISO 9001, SanaCERT, SCEC etc.
2.
 - a. Das Spital verfügt über ein Critical Incident Reporting System (CIRS).
 - b. Das Meldesystem ist allen Mitarbeitenden bekannt.
 - c. Die Meldungen werden analysiert, evaluiert und fliessen in die klinikinternen Qualitäts- und Prozessentwicklungen ein.
3.
 - a. Das Spital hat sich dem Netzwerk CIRNET der Stiftung Patientensicherheit Schweiz angeschlossen. Alle CIRS Meldungen werden dabei aus dem CIRS System anonymisiert an die CIRNET Datenbank weitergeleitet. CIRNET identifiziert gemeinsam mit Fachexperten die Probleme. Verbesserungsempfehlungen werden in Form von s.g. Quick - Alerts® / Handlungsempfehlungen entwickelt und veröffentlicht.
 - b. Alle Mitarbeitenden werden regelmässig über die aktuellen Quick – Alerts® und Musterfälle durch das Klinikintranet informiert.
4.
 - a. Sämtliche für Patienten nachteilige Ereignisse, Komplikationen und unvorhersehbare Zwischenfälle (z.B. Medikamentenfehler, Stürze, nosokomiale Infektionen, Dekubitus exklusive Prävalenzmessung ANQ, etc.) werden in einen entsprechenden Dokumentationssystem als Komplikationsstatistik aufgenommen.
 - b. Es gilt interne Meldepflicht für alle Mitarbeitenden.
 - c. Entsprechende Gegenmassnahmen werden umgehend und belegbar eingeleitet.
5.
 - a. Ein internes Meldesystem zur Erfassung von schwerwiegenden Vorkommnissen mit Medizinprodukten (Materiovigilanz, Hämovigilanz, Pharmakovigilanz) ist vorhanden.
 - b. Ein qualifizierte Fachperson übernimmt die Meldepflicht gegenüber der «Swissmedic».
6.
 - a. Es werden spitalinterne Befragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt.
 - b. Die Ergebnisse sind öffentlich abrufbar.
7. Eine spitalunabhängige Vertrauensperson / Ombudsmann steht zur Verfügung.
8.
 - a. Die Patientenadministration des Spitals informiert die Patienten über die aktuelle ambulante und stationäre Tarifordnung sowie über die Rechnungsstellung.
 - b. Die Informationen sind öffentlich.
9.
 - a. Die Spitaladministration verfügt über eine elektronische Datenübermittlung an den Krankenversicherer.
 - b. Das Verfahren des Rückweisungsmanagements ist in Bezug auf den Datenschutz gewährleistet.

-
- 10.** Das Spital veröffentlicht die Ergebnisse der Kodier Revision.
- 11.**
- Das Spital verfügt über einen Sozialdienst.
 - Informationen zum Sozialdienst sind für Patienten und deren Angehörigen zugänglich.
 - Die Beratung bietet ein umfassendes Angebot bezüglich der persönlichen, sozialen, beruflichen und finanziellen Situation.
- 12.** Das Spital verfügt über ein Konzept* zum Case Management in Bezug auf fallbezogene, strukturierte und koordinierte Unterstützungs- und Beratungsprozesse für Patienten in komplexen Situationen.
- 13.** Das Spital verfügt über ein Konzept* / strukturiertes System zum Ein- und Austrittsmanagement.
- 14.** Das Spital verfügt über einen Dolmetscherdienst.
- 15.** Zur Sicherung der Patientenidentifikation verwendet das Spital Patientenarmbänder (PIA).
- 16.** Die ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation, dem Notfall und den übrigen Abteilungen, auch am Wochenende und in der Nacht, ist geregelt (Bereitschaftsdienst / Hintergrunddienst etc.).
- 17.** In der Notfallaufnahme wird ein anerkanntes «Notfall Triage Tool» zur systematischen Ersteinschätzung in Bezug auf die Notfaldringlichkeit des Patienten angewendet. Beispielhaft dafür sind das Manchester Triage System (MTS), der Emergency Severity Index (ESI) oder Australasian Triage Scale (ATS) etc.
- 18.** Das Spital verfügt über ein Assessment Tool / Frühwarnsystem zur Früherkennung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands. Beispielhaft dafür ist der Leitfaden MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS) für Bettenstation – Patientensicherheit und Medical Emergency Team (MET), das auch von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz empfohlen wird.
- 19.** Das Spital verfügt über Einzelzimmer auf der Intensivpflegestation.
- 20.** Das Spital verfügt über ein Konzept* zur Licht- und Lärmreduktion auf der Intensivpflegestation (gemäss Empfehlung der Patientensicherheit Schweiz – Projekt: «Mehr Patientensicherheit durch Design»).
-

21.

Das Spital verfügt über ein Instrument zur Messung der Häufigkeit von Schäden bzw. unerwünschten Ereignissen pro Zeiteinheit während eines Spitalaufenthalts. Beispielhaft ist dafür das Global Trigger Tool (GTT) oder die Adverse Events in the ICU adult setting (AEI). Die daraus resultierenden Ergebnisse lassen Interpretationen zur Inzidenz der Ereignisse im Verhältnis zu einer definierten Kennzahl von Behandlungstagen oder Patientenaufnahmen zu. Beispielhaft sind z.B. ungeplante Re - Intubationen, verzögertes Weaning, Re – Operationen, Wiedereintritt innerhalb von 48h, verzögerte Mobilisation, Vitamin K / Naloxon Gaben, etc.

22.

Das Spital verfügt über ein Konzept* zum Patient Blood Management (PBM) in Bezug auf Reduktion und Vermeidung von Anämien, Blutverlust und rationalen Einsatz von Blutprodukten.

23.

- a. Das Spital verfügt über eine klinikinterne Richtlinie in Bezug auf ungeplante, nächtliche Patientenverlegungen auf die Bettenstation aufgrund von Kapazitätsengpässen auf der Intensivpflegestation.
- b. Stations- oder Zimmerwechsel finden auch auf der normalen Bettenstation nur im äussersten Notfall statt und in einem angemessenen und angekündigten Zeitrahmen für die betroffenen Patienten.
- c. Ungeplante Patientenverlegungen werden monitorisiert.

24.

Das Spital verfügt über ein Monitoring in Bezug auf die durchschnittliche Bettenauslastung auf der Intensivpflegestation. Nach Expertenmeinung (SAMW / FMH) sinken Komplikationen und Mortalität einer Intensivpflegestation mit der Anzahl Patienten (Fallzahl) und steigen mit der durchschnittlichen Bettenauslastung. Übersteigt die durchschnittliche Bettenauslastung 80% der maximalen Kapazität, ist eine sichere Versorgung von Patienten nicht mehr ununterbrochen gewährleistet. Was zu einer höheren Wiederaufnahmerate und einer höheren Mortalität führt.

25.

- a. Ein Alarmsystem für Reanimationsfälle (Herzalarmsystem) ist auf allen Abteilungen / Funktionseinheiten vorhanden.
- b. Die Mitarbeitenden sind dementsprechend geschult.

26.

Im Spital werden alle Mitarbeitenden regelmässig, gemäss internationaler Guidelines der «ILCOR» (International Liaison Committee on Resuscitation), in Reanimation geschult.

27.

Zur Verbesserung der Patientensicherheit werden regelmässig Notfall Simulationstrainings durchgeführt (Crisis Ressource Management) durchgeführt.

28.

- a. Ein Konzept* zum Umgang mit lebensbedrohlichen Komplikationen und Reanimationssituationen ist vorhanden.
- b. Alle medizinischen Mitarbeitenden kennen das Konzept*.
- c. Alle medizinischen Mitarbeitenden sind entsprechend geschult.

29.

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

30.

- a. Das Spital verfügt über ein Einführungskonzept* für neue Mitarbeitende.
- b. Der Einarbeitungsprozess wird regelmässig evaluiert und im Standortgespräch mit dem neuen Mitarbeitenden reflektiert.
- c. Eine direkte Ansprechperson ist für den Mitarbeitenden benannt.

31.

Angebote zu fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen sind für alle Mitarbeitenden vorhanden.

32.

Die Teilnahme an obligatorischen Veranstaltungen / Schulungen wird mit einem geeigneten Kontrollsystem überwacht.

33.

- a. Im Spital werden regelmässig Befragungen zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden durchgeführt.
- b. Die Ergebnisse sind öffentlich abrufbar.

34.

Das Spital verfügt über ein Konzept* zum Umgang mit Sicherheitsbedenken in Anlehnung an das Konzept «Speak up – Schweigen kann gefährlich sein» der Stiftung Patientensicherheit.

35.

- a. Das Spital verfügt über ein Konzept zur Medikationssicherheit.
- b. Das Spital verfügt über ein Verfahren zur Vermeidung von Diskrepanzen zwischen verordneten, dokumentierten und tatsächlich eingenommenen Medikamenten (gemäss Programm «Sichere Medikation an Schnittstellen» der Patientensicherheit Schweiz).

36.

- a. Ein Konzept* zur Selektion potenziell inadäquater Medikationen, in Anlehnung an die Vorgaben der Priscus Liste (geriatrische Pharmakotherapie) ist vorhanden.
- b. Das Spital verfügt über ein Konzept* zur Identifizierung kritischer Medikationstherapien in Anlehnung an die STOPP- und START Kriterienlisten (screening tool of older people's inappropriate prescriptions).

37.

Das Spital richtet sich nach der Empfehlung – Quick Alert®, der Stiftung für Patientensicherheit, bezüglich Verwechslungen von Arzneimitteln aufgrund ähnlich klingender Bezeichnungen (sound - alike) und ähnlich aussehender Verpackungen (look - alike).

38.

- a. Die Koordination der komplexen Prozesse der Operationseinheit und ihrer verschiedenen Interessens- und Berufsgruppen wird durch ein OP - Management geleitet (z.B. Dipl. OP - Manager).
- b. Ein Konzept zum Qualitäts- und Risikomanagement ist vorhanden.

39.

- a. In Bezug auf die Patientensicherheit wird die «WHO – Surgical Safety Checklist» oder die Checkliste «Sichere Chirurgie» der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz angewendet.
- b. Die korrekte Anwendung der Checkliste wird überprüft, monitorisiert, kommuniziert und trainiert.

40.

- a. Das Lagerungspersonal verfügt über eine fachspezifische Weiterbildung in «Operations - Lagerungspflege».
- b. Die Zuständigkeiten in Bezug auf die präoperative Positionierung des Patienten ist intern geklärt.
- c. Eine Überprüfung und Dokumentation finden statt.

41.

Das Spital verfügt über ein Konzept* zur Vermeidung einer perioperativen Hypothermie (Wärmemanagement) in Anlehnung an die Empfehlung / Leitlinie der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

42.

- a. In Bezug auf die Sicherheit in der Geburtsmedizin verfügt das Spital über ein Konzept* / Algorithmus zur relativen und absoluten Sectio - Bereitschaft (Notkaiserschnitt) in vorausschaubaren gefährlichen Situationen und Geburtsabläufen für die Gebärende und das Neugeborene. Beispielhaft wäre die AWMF Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), die eine Zeit von unter 20 Minuten zwischen Indikationsstellung und Sectio akzeptiert.
- b. Es werden regelmässige Simulationstrainings in ad hoc Teams zum Notfallprozedere durchgeführt.
- c. Die Entscheidung - Entbindungszeit (E - E - Zeit) wird monitorisiert.

43.

- a. In Bezug auf die Sicherheit in der Geburtshilfe verfügt das Spital über ein Konzept* / Algorithmus zum Management der Peri- und postpartalen Blutung (PPH). Beispielhaft dafür ist die AWMF Leitlinie analog zum Handlungsalgorithmus PPH – Konsensus D – A – CH.
- b. Des Weiteren werden regelmässige Simulationstrainings in ad hoc Teams zum Notfallprozedere durchgeführt.

44.

- a. Das Spital monitorisiert die Anzahl Kaiserschnitte pro Jahr im Verhältnis zu der Anzahl Geburten.
- b. Das Spital veröffentlicht die Anzahl Kaiserschnitte pro Jahr im Verhältnis zu der Anzahl Geburten.

45.

Das Spital verfügt über ein Konzept* zur Erkennung / Vermeidung des Delirs.

46.

Das Spital verfügt über ein Konzept* zum Schmerzmanagement bei chronischen / akuten Schmerzen.

47.

Das Spital verfügt über ein Konzept zum Sturzmanagement.

48.

Das Spital verfügt über ein Konzept* zum Dekubitusmanagement.

49.
Das Spital verfügt über ein Konzept* zum Malnutritionsmanagement.

50.
Das Spital verfügt über ein Konzept* in Anlehnung an den Expertenstandard bezüglich der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz.

51.
a. Das Spital verfügt über ein Wundambulatorium, Wundexperten oder eine qualifizierte Fachperson für die stationäre Wundversorgung.
b. Ein Konzept* zum Wundmanagement ist für alle Mitarbeitenden vorhanden
c. Ein geeignetes Wunddokumentationssystem steht zur Verfügung.

52.
a. Das Spital verfügt über ein Konzept* zum allgemeinen Palliative Care in Anlehnung an die nationale Strategie Palliative Care.
b. Das Konzept* ist allen Mitarbeitenden bekannt und wird dementsprechend umgesetzt.

53.
a. Das Spital richtet sich in Bezug auf den Umgang mit der Patientenverfügung nach den medizinisch – ethischen Richtlinien der SAMW / FMH.
b. Die Richtlinien sind den Mitarbeitenden bekannt und werden dementsprechend umgesetzt.
c. Die Fachpersonen informieren und beraten den Patienten und deren Angehörigen zum Erstellen einer Patientenverfügung.

54.
a. Das Spital verfügt über ein, nach gesetzlichen und berufsethischen Grundsätzen, definiertes Ethik Konzept*.
b. Bei ethischen Fallsituationen, s.g. Dilemmasituationen, wird eine Ethik Kommission jederzeit hinzugezogen.

55. Das Spital verfügt über einen ärztlichen Beauftragten für «Geschlechtssensible Medizin / Gender Specific Medicine» (gemäss Kommission «Sex and Gender in Medicine» der UZH).

56.
Das Spital verfügt über eine Strategie / Leitlinie zum Thema «Choosing Wisely – smarter medicine» in Anlehnung an die Empfehlungen des Vereins smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland und deren Grundsatz, «dass eine Behandlung nur dann angewendet wird, wenn sie tatsächlich etwas bringt».

57.
a. Das Spital ist Mitglied der «Initiative Qualitätsmedizin (IQM).
b. Die Messung der medizinischen Ergebnisqualität wird durchgeführt und transparent veröffentlicht.
c. Die Behandlungsqualität wird durch Peer Reviews überprüft.

58.

Das Spital verfügt über ein Instrument zur Messung der Qualitätsdimension «Diagnose- und Indikationsqualität». Beispielhaft dafür ist das Grundlagenpapier der FMH / DDQ (Abteilung Daten, Demographie und Qualität): «We have little information about which treatments work best for which patients».

59.

Das Spital verwendet Instrumente zur Outcome Messung, wie z.B. valide Patientenfragebögen oder führt Telefoninterviews durch. Diese dokumentieren die Zufriedenheit, Lebensqualität und den medizinischen Nutzen einer durchgeführten Operation. Beispielhaft dafür sind der Core Outcome Measures Index / COMI, der Oswestry Low Back Pain Disability Index / ODI oder die freiwillige Erhebung des patientenbezogenen Nutzens bei Gelenkersatzeingriffen des Schweizerischen Implantat - Registers (SIRIS) etc.

60.

Das Spital verwendet Messinstrumente, s.g. Patient Reported Outcomes Measures (PROMs), die die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zusammenhang mit der Wahrnehmung eines Patienten bezüglich der Beeinflussung seiner Lebensqualität durch seinen Gesundheitszustand erfasst. Dazu gehören die körperlichen, psychologischen, funktionellen und sozialen Perspektiven im Akutstadium sowie im chronischen Krankheitsverlauf. Beispielhaft dafür sind Patientenfragebögen, wie Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile, WHO-QoL Questionnaire etc.

61.

- a. Das Spital führt regelmässig strukturierte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durch, Ziel ist es die Pflege- und Behandlungsabläufe besonders schwerer Krankheitsverläufe zu analysieren, zu reflektieren und Prozesse zukünftig zu optimieren.
- b. In der M & M sollten alle Berufsgruppen und Disziplinen vertreten sein, die am Fall beteiligt waren. Das Einfließen verschiedener Informationen verhindert eine einseitige Betrachtung des Falls und ermöglicht es Ansätze für Massnahmen zu besprechen. Beispielhaft dafür ist der Leitfaden M & M der Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Ambulantes Operationszentrum

1. Die Klinik verfügt über ein Konzept, welches OP-Kapazitäten, Ressourcen und Prozesse speziell für das ambulante Operieren beinhaltet.

2. Die Mitarbeitenden des ambulanten OP-Zentrums sind für die Bedürfnisse von Patienten mit ambulanten Eingriffen sensibilisiert und geschult.

3.
 - a. Die Klinik verfügt über eine abteilungsübergreifende Koordination der Terminvergabe, um Wartezeiten am Operationstag zu vermeiden.
 - b. Wartezeiten sind auf ein unvermeidbares Mass reduziert (kein Einbestellen sämtlicher Patienten um 7:45 Uhr).

4. Die Klinik bietet die Möglichkeit der Patienteninformation über den vorgesehenen Zeitpunkt des Eingriffs oder bei Verzögerungen im OP Programm an (z.B. telefonisch, SMS, etc.).

5.
 - a. Die Besprechung mit dem Facharzt für Anästhesie findet in angemessener Zeit vor dem Eingriff und in ruhiger Atmosphäre statt.
 - b. Der Patient hat die Möglichkeit Fragen zu stellen.
 - c. Die Anamnese wird schriftlich erfasst, inklusive bestehende Medikation.

6.
 - a. Die Besprechung mit dem Operateur findet in angemessener Zeit vor dem Eingriff und in ruhiger Atmosphäre statt.
 - b. Der Patient hat die Möglichkeit Fragen zu stellen.
 - c. Der Name des Operateurs ist dem Patienten bekannt.
 - d. Änderungen werden dem Patienten vor dem Eingriff kommuniziert.

7.
 - a. Der Bedarf für Spitex Leistungen und Hilfe im Haushalt wird vor dem Eingriff gemeinsam mit dem Patienten evaluiert.
 - b. Notwendige Massnahmen werden eingeleitet.

8. Die postoperative Überwachungsphase erfolgt in ruhiger und abgeschirmter Atmosphäre.

9. Der Patient erhält nach dem Eingriff Hilfe beim Toilettengang, beim Anziehen, beim Essen.

10. Die Abholung des Patienten nach dem Eingriff durch eine Begleitperson ist sichergestellt.

11. Die Schmerzmedikation für die postoperative Phase zu Hause ist sichergestellt.

12. Die Patienten erhalten eine 24h Notfall-Rufnummer.

13. Der Patient erhält folgende schriftliche Informationen:

- Zeichen möglicher Komplikationen
- In welchen Situationen sollten Patienten sofort anrufen
- Was ist normal nach dem Eingriff
- Anleitung Schmerzmedikation
- Anleitung Blutverdünner
- Anleitung Wundpflege
- Umgang mit Drainagen

14. Der Patient erhält nach dem Eingriff einen Kurzbericht mit Angaben über:

- die Operation
- die Medikation bei Austritt
- die Weiterbehandlung

15. Der Patient erhält nach dem Eingriff die benötigten Verordnungen für:

- Hilfsmittel
- Medikamente
- Spitex

16.

- a. Wenn der Hausarzt für die Nachsorge zuständig ist, wird er rechtzeitig über die vorhergehenden Schritte (Vorbereitung, OP, Austritt, Nachsorge) informiert.
- b. Die Information des Hausarztes wird dokumentiert.

17. Die Klinik bietet die Möglichkeit eines Fahrdienstes nach Hause an (nach dem Eingriff und zur Kontrolluntersuchung).