



sanaCERT suisse
Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Gotthelfstrasse 14 | CH-3013 Bern
Tel. 031 333 72 63 | Fax 031 333 72 60
www.sanacert.ch | martin.rothenbuehler@sanacert.ch



SCESm 097

Center da Sandà Engiadina Bassa **Ospidal**

7550 Scuol

Überwachungs-Audit

am 20. November 2008

Auditoren: Norbert Jenny, Stans NW
Martin Rothenbühler, Bern
Beobachter: Thomas Riegger, Rebstein SG

Bern, 3. Januar 2009

Inhalt

	Seite
1 Einleitung	3
2 Audit-Team	3
3 Audit-Ziele	4
4 Audit-Programm	5
5 Stärken	6
6 Verbesserungspotential	7
7 Ergebnisse des Audits	8
<i>Grundstandard Qualitätsmanagement</i>	8
<i>Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene</i>	10
<i>Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen</i>	11
<i>Standard 9: Pflege</i>	12
8 Beantwortung der Fragen	13
9 Auflagen	14
10 Empfehlung	14
11 Anträge	15

1 Einleitung

Am 20. November 2008 hat ein Audit-Team der Stiftung sanaCERT Suisse Ihre Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems nach der Erst-Zertifizierung überprüft.

Das Erst- Zertifizierungs-Audit hatte am 22. und 23. November 2006 stattgefunden. Das aktuell gültige Erst-Zertifikat trägt das Datum des 16. Mai 2007 und ist bis am 23. November 2009 gültig.

Diese Überprüfung ist im Einzelnen in der Richtlinie der Stiftung sanaCERT Suisse über das Verfahren für Überwachungs-Audits vom 4. November 2005 geregelt und entspricht der Norm EN ISO/IEC 17021.

Die Überprüfung geschah in drei Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierte und bewertete das Audit-Team den von Ihnen vor dem Audit eingereichten Selbstbewertungsbericht und die am Audit-Tag zur Einsicht aufgelegten Unterlagen.
- Im ersten Teil des Audits führten die Auditoren zu ausgewählten Standards Gespräche mit den vom Spital bestimmten Auskunftspersonen.
- Besuche auf ausgewählten Stationen sowie Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen vertieften im zweiten Teil des Audits die Eindrücke und vervollständigten die Informationen.

2 Audit-Team

Das Audit-Team setzte sich folgendermassen zusammen:

Auditoren:

- Norbert Jenny, Leiter Pflegedienst, Kantonsspital Nidwalden, Stans;
- Martin Rothenbühler, lic. rer. pol., Geschäftsleiter Stiftung sanaCERT Suisse, Bern.

Beobachter:

- Thomas Riegger, Leiter Fachbereich Pflege, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Rebstein SG.

3 Audit-Ziele

Das Audit-Team hatte zu beurteilen, ob das am 16. Mai 2007 vom Stiftungsrat zertifizierte Qualitätsmanagement-System des Ospidal Scuol einwandfrei weiter funktioniert und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Erst-Zertifizierung bis zum 23. November 2009 gegeben sind.

Das Audit-Team hatte insbesondere zu ermitteln,

- ob der Qualitätsregelkreis kontinuierlich auf allen Ebene des Qualitätsmanagements durchlaufen wird;
- ob qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert werden;
- ob, falls Qualitätsdefizite festgestellt werden, die notwendigen Konsequenzen gezogen werden und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden;
- ob wesentliche Änderungen im Geltungsbereich der Zertifizierung, im Betätigungsfeld oder in der Arbeitsweise eingetreten sind;
- ob die Auflagen und Empfehlungen aus dem Bericht über das Erst-Zertifizierungs-Audit in den dafür zuständigen Entscheidungsgremien thematisiert worden sind.

Das Audit-Team hatte ferner die Möglichkeit, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bis zur Re-Zertifizierung zu formulieren.

4 Audit-Programm

10.45	Beginn des Audits. Einsichtnahme in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen	
11.45 – 12.10	Eröffnungssitzung	Zusammenkunft mit der Spitalleitung, Begrüssung, Vorstellung, Detailplanung des Audits
12.10 – 13.30	Gespräche zu folgenden Themen:	
	-	Grundstandard Qualitätsmanagement: Wahl eines achten Standards zur Umsetzung; Jahresziele 2008, Weiterbildungskonzept
	-	Standard 1 (Infektionsprävention und Spitalhygiene): Hygiene-Audits, Prioritäten 2008 und 2009
	-	Standard 2 (Erhebung von Patientenurteilen): mehrjährige Strategie
	-	Standard 9 (Pflege): Umsetzung von Konzepten und Unterlagen; Kennzahlen.
13.30 – 14.00	Pause	
14.00 – 14.30	Begehung	
	<i>Auditor 1: Norbert Jenny</i>	<i>Auditor 2: Martin Rothenbühler</i>
	<i>Beobachter: Thomas Riegger</i>	
	Akutabteilung:	Notfall:
	Überprüfung von Pflegedokumentationen (Stichprobe) zu den Themen Sturzrisikoerfassung, Decubitusgefährdung, Wundbehandlung und Schmerzermassung und-therapie)	Befragung eines Assistenzarztes und einer dipl. Pflegefachperson
	Befragung von Pflegenden	Rettungsdienst:
		Einsicht in Dokumente (individuelle medizinische Kompetenzdelegation; Nachweise absolvierter Weiterbildungen)
14.30 – 15.00	Beratung des Audit-Teams über die Bewertung	
15.00 – 15.30	Abschliessende Zusammenkunft mit der Spitalleitung, dem Kader und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Schlussinformation über die Bewertung des Audit-Teams	
15.30	Ende des Audits	

5 Stärken

- Vor dem Überwachungs-Audit reichte das Ospidal Scuol einen umfassenden und informativen Selbstbewertungsbericht von 29 Seiten ein. Die Auditoren fanden am Audit-Tag selber eine umfangreiche und gut strukturierte Dokumentation zum Qualitätsmanagement vor.
- Das Ospidal Scuol ist in der Lage, die Entwicklung seiner Leistungsqualität mit ausgewählten Kennzahlen nachzuweisen. Unter anderem werden folgende Themen quantitativ dargestellt: Unvorhergesehene Wiederaufnahme innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung; Fluktuationsrate im Personal; Ausgaben für Weiterbildung; Sturzhäufigkeit.
- Zum Umgang mit kritischen Zwischenfällen (Standard 11) haben die Standardverantwortlichen einen so genannten „Alert-Letter“ entwickelt. In der Ausgabe, welche den Auditoren vorlag, wurde ein EDV-Systemfehler dargestellt. Der Letter schliesst mit einer vorläufigen Empfehlung zur Vermeidung von Fehlern beim Anlegen von neuen Fällen im System.
- Die in den Stichproben überprüften Patientendokumentationen waren vollständig und vorbildlich geführt. Speziell überprüft wurde das Vorhandensein von Dokumentationen zur Einschätzung der Sturzgefährdung und der Decubitusgefährdung, zur Wundbehandlung und zur Schmerzbehandlung.
- Das Rückmeldungsmanagement ist gut eingeführt. Die Auditoren haben überprüft, ob die eingegangenen Rückmeldungen erfasst, dokumentiert und innert der vorgesehenen Fristen bearbeitet wurden. Dies war in allen überprüften Beschwerden der Fall.

6 Verbesserungspotential

- Die ermittelten Kennzahlen werden bisher noch nicht bzw. zu wenig vor dem Hintergrund geeigneter Referenzwerte beurteilt. Um zu entscheiden, ob Handlungsbedarf besteht, müssten Vergleiche mit Referenzwerten aus der Literatur und/oder aus anderen Spitälern angestellt werden.
- Im Rettungsdienst sind noch keine persönlichen Kompetenzlisten vorhanden, aus welchen hervorgeht, welche Handlungen und Medikamentenapplikationen die Mitarbeitenden ärztlich delegiert selbständig ausführen dürfen. Diese Kompetenzlisten sind auf der Grundlage absolvierter Ausbildungen zu erstellen und zeitlich befristet.
- Im Rettungsdienst sollten alle absolvierten Weiterbildungen für jeden Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin in einer persönlichen Liste dokumentiert werden.
- Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits im November 2006 hat das Team der Notfallstation eine Reihe von Kennzahlen für das Qualitätsmanagement in der Notfallbehandlung vorlegen können. Für den Messzeitraum Oktober bis Dezember 2005 waren Messwerte zu folgenden Themen vorhanden: Patientenzufriedenheit (Wartezeiten, Räumlichkeiten, Beurteilung der Fachkompetenz des Personals, Vertrauen), Verweildauer auf der Notfallstation, Grad der Übereinstimmung von Verdachtsdiagnose und Entlassungsdiagnose, mit Vergleichswerten über zwei Jahre. Nach der Eröffnung der neu gebauten Notfallstation wäre nun eine Wiederholung dieser Messungen angesagt.

7 Ergebnisse des Audits

Grundstandard Qualitätsmanagement

Auskunftspersonen: *Dr. med. Joachim Koppenberg, Spitaldirektor; Ursula Cadonau-Schneider, Qualitätsbeauftragte und Leiterin Labor; Alexandra Kretschmer, Leiterin Pflegedienst*

Die Auditoren focussierten die Überprüfung auf die Themen „Erfüllung der zwingenden Auflage aus dem Erst-Zertifizierungs-Audit mit der Einführung eines achten Standards“; „Jahresziele 2008“; „Weiterbildungskonzept“.

Am 1 Juli 2008 wurden die Arbeiten zur Umsetzung des Standards 11 „Umgang mit kritischen Zwischenfällen“ aufgenommen. Die Auditoren nahmen Einsicht in die Projektvereinbarung vom 20. Februar 2008 sowie in die umfassende Projektbeschreibung vom April 2008. Ferner wurden ein Flussdiagramm zum Meldeablauf vom 24. Januar 2008 und eine Ablaufplanung in Form eines übersichtlichen Balkenplans für die Zeit von September 2007 bis August 2009 vorgelegt. Schliesslich nahmen die Auditoren Einsicht in die Protokolle der Zirkelsitzungen vom 24. September 2007, 30. Oktober 2007, 14. Januar 2008, 8. April 2008 und vom 19. September 2008. Aus diesen Unterlagen geht hervor, dass eine interprofessionell zusammengesetzte Standardgruppe aufgrund eines klaren Auftrags kontinuierlich und planmässig an der Arbeit ist und bereits fünf kritische Zwischenfälle bearbeitet hat. Am 6. Oktober 2008 wurden die sechs im Zeitraum Juli bis September 2008 eingegangenen Meldungen in einem CIRS-Info spitalintern kommuniziert. Damit ist die Auflage umfänglich erfüllt.

Die Auskunftspersonen legten dar, dass den Arbeiten zur Qualitätsentwicklung folgende Ziele zugrunde gelegt sind:

- Wiederholung der Risikoanalyse vom Juni 2005;
- Ersetzen des auslaufenden Standards 9 „Pflege“ durch einen geeigneten anderen Standard;
- Erarbeiten einer qualitätspolitischen Strategie auf der Ebene Center da Sandà;
- Berücksichtigung der Vorgaben aus der Revision der der Verordnung zum Gesundheitsgesetz des Kt. Graubünden.

Diese vier Ziele beschreiben nicht eigentlich das angestrebte Qualitätsniveau bestimmter Leistungen, sondern sind auf der Ebene der QM-Organisation und der Massnahmen angesiedelt. Sie beziehen sich nicht unmittelbar auf die Qualität der Leistungserbringung am Patienten, sondern sie beschreiben Mittel und Wege, um diese Qualität zu sichern und zu verbessern. Die Auditoren regen an, auf einer der QM-Organisation übergeordneten Ebene einige wenige Qualitätsziele zu formulieren, mit welchen das anzustrebende Qualitätsniveau bestimmter Leistungen beschrieben würde.

Ein Weiterbildungskonzept (zur Erfüllung des Standardelements 5) wurde von der Spitalleitung verabschiedet, aber spitalintern noch nicht kommuniziert. Dies soll einerseits an der nächsten Zirkelleitersitzung nachgeholt und andererseits an einer weiteren QM-Veranstaltung Mitte Dezember 2008 thematisiert werden.

Die vorgelegte Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen ist vom 3. November 2008 datiert und umfasst 19 Themen. Die Auditoren beurteilten diese Liste als vollständig und aktuell.

Das Ospidal Scuol hat den Bericht über das Erst-Zertifizierungs-Audit auf der Website veröffentlicht und damit bezüglich Transparenz Pionierarbeit geleistet. Ferner wurde die Risikoanalyse von 2005 in der Schweizerischen Ärztezeitung zusammengefasst. Was nun noch fehlt, ist die umfassende Darstellung der Anstrengungen zur Sicherung und Förderung der Qualität in einem eigenen Qualitätsbericht. Die Auskunftspersonen führten aus, dass die Absicht bestehe, das Thema bei der Abfassung des nächsten Geschäftsberichtes zu behandeln.

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Auskunftspersonen: *Dr. med. Reto Tissi, Co-Chefarzt Chirurgie, Facharzt FMH Orthopädie; Renate Kölle-
mann, dipl. Pflegefachfrau FA OP, Hygienebeauftragte*

Im Zentrum der Überwachung standen die Frage der Hygiene-Audits und die Prioritäten für 2008 und 2009.

Das Ospidal Scuol wurde 2008 wiederum einem externen Audit durch das Hygiene Mikrobiologie Labor Beat Anderhub Merlischachen unterzogen. Die Hygienebeauftragte des Spitals, Frau Köllemann, nahm ihrerseits Kontrollen der Händedesinfektion bei rund 15 Personen vor. Die Auditoren würdigen diese Arbeiten, halten aber an der Empfehlung fest, dass die Hygienebeauftragte alle für die Infektionsprävention relevanten Bereiche und Abteilungen nach einem Plan regelmässig besuchen sollte, eventuell unterstützt durch eine externen Hygienefachberaterin.

2008 wurden folgende Prioritäten gesetzt:

- Händedesinfektion instruieren und beobachten;
- Schulung der Mitarbeitenden unter Mitwirkung einer externen Hygienefachberaterin;
- Überprüfung und Revision der Hygienerichtlinien für die Notfallstation
- Einführung von Einweg-Reinigungslappen.

Für 2009 werden folgende Prioritäten gelten:

- Schulung der Mitarbeitenden unter Mitwirkung einer externen Hygienefachberaterin;
- Schulung zur Händedesinfektion in italienischer Sprache;
- Detaillierte und systematische Erfassung aller Stich- und Schnittverletzungen;
- Erarbeiten neuer Richtlinie zum Umgang mit MRSA;
- Überprüfung des Entsorgungskonzepts;
- Erneutes Audit durch das Hygiene Mikrobiologie Labor Beat Anderhub Merlischachen;
- Eventuell Beteiligung an der Erhebung ausgewählter postoperativer Wundinfekte von Swiss NOSO im Auftrag der IVQ.

Aus der Sicht der Auditoren sind bezüglich Infektionsprävention noch mindestens zwei „Highlights“ speziell zu erwähnen:

- Die Auditoren nahmen Einsicht in die Unterlagen zur Instruktion der Mitarbeitenden über Isolationsmassnahmen und befragten Mitarbeitende dazu. Die Unterlagen sind verständlich gestaltet, die befragten Mitarbeitenden wussten bestens Bescheid.
- Die Richtlinie für den Fall eines gehäuften Ausbruchs von Noroviren hat sich in der Praxis bereits bestens bewährt. Es wurde eine Evaluation durchgeführt, und die Richtlinie wurde den Erfahrungen nochmals angepasst.

Was am Audittag noch ausstand, war eine gültige schriftliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit des Ospidal Scuol mit dem Kantonsspital Graubünden (Standardelement 6). Nach Auskunft der Standardverantwortlichen liegt der Ball bei diesem Geschäft aber in Chur, und es gibt keinen Anlass zu zweifeln, dass der Vertrag schon bald unterschrieben vorliegen wird.

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Auskunftspersonen: Ursina Peer, Leiterin Physiotherapie; Claudia Crastan, Chefarztsekretärin Medizin;
Dominique Eberle, Assistenzarzt Medizin

Die Auskunftspersonen waren in der Lage, mehrere konkrete Fallbeispiele zu schildern, bei welchen Ergebnisse aus der Erhebung von Patientenurteilen zu Verbesserungsmaßnahmen geführt hatten. Genannt wurden unter anderem Massnahmen im Verpflegungsbereich, am Empfang und bezüglich Hygiene. Ferner wurde eine Spielecke für Kinder geschaffen.

Für die ambulanten Patientinnen und Patienten der Physiotherapie wurde ein spezieller Erhebungsbogen entwickelt. Die Auswertung, Kommentierung und Kommunikation der Ergebnisse dieser Erhebung ist für 2009 vorgesehen.

In Zusammenarbeit mit der Firma NPO Plus ist von Februar bis Mai 2008 eine Befragung stationärer Patientinnen und Patienten der Akutabteilung durchgeführt worden. Hier gelang es erfreulicherweise, die anfänglich unbefriedigende Rücklaufquote durch konsequentes Nachfassen von 44 % auf 68 % zu steigern.

Speziell interessierte die Auditoren die Frage einer mittel- bis längerfristigen Strategie. Eine solche hatte das Audit-Team 2006 empfohlen. Die Auskunftspersonen legten dar, dass in den kommenden Jahren 2009 und 2010 eine Mitarbeiterbefragung und eine Zuweiserbefragung vorgesehen seien. Ferner könnte, falls die Pflegeabteilung des Spitals bis dann noch weiter besteht, 2010 auch eine Erhebung unter den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeabteilung durchgeführt werden. Kontinuierlich und ständig weiter geführt wird das Angebot der bewährten Rückmeldekarte in den Ampelfarben werden. Auch sollen in einzelnen Bereichen Spezialerhebungen mit hausgemachten Erhebungsbogen wiederholt werden (z. B. im Rettungsdienst).

Das Ospidal Scuol wird also in den kommenden Jahren eine Reihe von Erhebungen durchführen. Was weiterhin fehlt, ist eine klare Strategie, welche diesen Erhebungen zugrunde liegt. Es muss für jede Erhebung klar begründet werden können, wozu konkret diese Erhebung notwendig sein wird und aus welchen Gründen sie zum vorgesehenen Zeitpunkt und mit der ausgewählten Methode durchgeführt werden soll. *Strategie* ist der „große Plan über allem“ oder das „grundsätzliche Muster der Handlungen“ (Wikipedia). Die Strategie des Ospidal müsste eventuell auch mit den Erhebungsstrategien des Center da Sandà abgestimmt werden. Hieraus ergäben sich vielleicht sogar Synergie-Effekte. Die Auditoren wiederholen somit ihre Empfehlung von 2006.

Standard 9: Pflege

Auskunftspersonen: Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin; Alexandra Kretschmer, Leiterin Pflegedienst

Die Entwicklung der Pflegequalität am Ospidal Scuol focussiert sich auf die Themen Sturzvermeidung, Decubitusvermeidung und -pflege und Wundbehandlung. Die Auditoren nahmen Einsicht in Pflegedokumentationen und überprüften, ob Einträge zur Einschätzung der Decubitusgefährdung und der Sturzgefährdung vorhanden sind und ob die Wundbehandlung wie im Wundkonzept vorgesehen durchgeführt und dokumentiert wird. Die Auditoren bestätigen, dass die überprüften Pflegedokumentationen vollständig und nachvollziehbar geführt waren und dass die Auskunftspersonen gut Bescheid wussten.

Die Auditoren nahmen ferner Einsicht in die Messzahlen zu Sturz und Decubitus. Die Sturzrate (Anzahl gemeldete Stürze pro 1000 Pflgetage) wurde für das Jahr 2007 ausgewiesen. Die *Decubitus-Inzidenz* (d. h. die Rate der während des Spitalaufenthaltes neu auftretenden Decubitus der Grade 2-4) und die *Decubitus-Prävalenz* wurden für den Zeitraum April bis Oktober 2008 ermittelt. Damit ist auch der zweite Teil der Empfehlung des Audit-Teams von 2006 erfüllt.

Da der Standard 9 ab 1. Januar 2012 nicht mehr zur Bewertung wird vorgelegt werden können, wird das Ospidal Scuol sich frühzeitig überlegen müssen, durch welchen anderen Standard es den Standard 9 ersetzen will. Aus der Sicht der Auditoren läge eine Ablösung durch den Standard 28 „Decubitusvermeidung und -pflege“ oder durch den Standard 29 „Sturzvermeidung“ auf der Hand. Zu beiden Themen hat die Standardgruppe bereits sehr gute Arbeit geleistet.

8 Beantwortung der Fragen

I. Wird der Qualitätsregelkreis kontinuierlich auf allen Ebenen des Qualitätsmanagements durchlaufen?

Das Ospidal Scuol reichte einen umfangreichen Selbstbewertungsbericht (29 Seiten) ein. Der Bericht wurde von der Spitalleitung am 15. Oktober 2008 genehmigt und freigegeben. Zu sieben von acht Standards wurden Unterlagen und Dokumentationen aufgelegt, aus welchen zweifelsfrei hervorgeht, dass der Regelkreis „Plan-Do-Check-Act“ vollendet wird. Der Standard 11 „Umgang mit kritischen Zwischenfällen“ ist erst seit Juli 2008 eingeführt. Die Zeit von fünf Monaten bis zum Überwachungs-Audit war zu kurz, um den Qualitätsregelkreis P-D-C-A für diesen Standard zu vollenden.

II. Werden zu jedem Standard qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert?

Dies ist zurzeit bei sechs von acht Standards der Fall. Im Standard 14 „Abklären, Behandeln und Betreuen auf der Notfallstation“ wurde die Erhebung von Indikatoren der Zielerreichung in den vergangenen zwei Jahren unterbrochen, da personelle Wechsel in der Standardgruppe vorgenommen worden waren. Der Standard 11 „Umgang mit kritischen Zwischenfällen“ ist zu jung, als dass schon Messungen hätten vorgenommen werden können. Für beide Standards besteht die Absicht, im kommenden Jahr Messungen der Zielerreichung durchzuführen.

III. Werden, falls Qualitätsdefizite festgestellt werden, die notwendigen Konsequenzen gezogen und entsprechende Verbesserungsmassnahmen eingeleitet?

Ja. Für alle Standards sind Nachweise vorhanden, dass die Verantwortlichen bei festgestellten Nicht-Konformitäten entsprechende Korrekturmassnahmen eingeleitet haben.

IV. Sind wesentliche Änderungen im Geltungsbereich der Erst-Zertifizierung, im Betätigungsfeld oder in der Arbeitsweise eingetreten?

Seit dem Erst-Zertifizierungs-Audit vom 22. und 23. November 2006 ist das Ospidal Scuol eine Partnerschaft mit dem Verbund „Center da Sandà Engiadina Bassa“ (Spitex-Dienste, Bogn Engiadina) eingegangen. Auf den eigenen Leistungsauftrag hat dieser Verbund vorerst keinen Einfluss. Bezüglich Qualitätsmanagementsystem wird sich der Geschäftsleitung des Center da Sandà in den nächsten Monaten die Frage stellen, inwiefern eine Vereinheitlichung des Systems innerhalb des Center anzustreben sein wird und welche Rolle dabei die Zertifizierung mit sanaCERT spielen kann.

Am 1. Juli 2007 ist am Ospidal Scuol versuchsweise ein Bereich Komplementärmedizin mit einer Abteilung Palliative Care eröffnet worden. In der Pilotphase ist dieser Bereich noch nicht voll ins Qualitätsmanagementsystem integriert.

V. Sind die Auflage und die Empfehlungen aus dem Bericht über das Erst-Zertifizierungs-Audit von 2006 in den dafür zuständigen Entscheidungsgremien thematisiert worden?

Das Audit-Team formulierte 2006 eine zwingende Auflage und drei Empfehlungen. Die Auflage, einen achten Standard zur Bearbeitung aufzunehmen, wurde erfüllt.

Die drei Empfehlungen des Audit-Teams von 2006 wurden in den zuständigen Gremien thematisiert. In einem Fall (den Standard 9 betreffend) wurde die Empfehlung des Audit-Teams befolgt. Die beiden anderen Empfehlungen (die Standards 1 und 2 betreffend) wurden (noch) nicht umgesetzt.

9 Auflagen

Keine.

10 Empfehlung

Die Auditoren empfehlen Ihnen *weiterhin*,

- I. die Hygiene-Audits externer Fachleute durch regelmässige spitalinterne Hygiene-Visiten zu ergänzen (**Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene**);
- II. für die Erhebung von Patientenurteilen eine mehrjährige Strategie zu entwickeln (**Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen**).

Die Auditoren empfehlen Ihnen *neu*,

- III. für jedes nichtärztliche Mitglied des Rettungsdienstes eine schriftliche Erlaubnis auszustellen, die in einer persönlichen Kompetenzliste aufgeführten Handlungen und Medikamentenapplikationen im Notfall ärztlich delegiert selbständig auszuführen (**Standard 20 Rettungsdienst**);
- IV. die absolvierten Weiterbildungen für jedes Mitglied des Rettungsdienstes einzeln zu dokumentieren (**Standard 20 Rettungsdienst**);
- V. Stürze von Patientinnen und Patienten nicht nur zu erfassen und zu dokumentieren, sondern spitalweit auch ein Präventionskonzept zu entwickeln, schriftlich festzuhalten und den Mitarbeitenden zu kommunizieren (**Standard 9 Pflege**).

11 Anträge

Gestützt auf die Ergebnisse des Überwachungs-Audits vom 20. November 2008 stellen die Auditoren der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

- 1) Die Erst-Zertifizierung ist bis 23. November 2009 aufrecht zu erhalten.*
- 2) Es werden keine zusätzlichen Auflagen ausgesprochen.*