



sanaCERT suisse
Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen



SCESm 097

Center da Sandà Engiadina Bassa **Ospidal Scuol**

Re-Zertifizierungs-Audit der Stufe 2

am 29. und 30. November 2011

Peers: Dr. med. Martin Conzelmann, Basel
Norbert Jenny, Stans
Johannes Seitz, Zürich

Berichterstatter: Dr. med. Peter Ueberschlag, St. Gallen
Beobachter: PD Dr. med. Christoph Cottier, Burgdorf (zeitweise)

St. Gallen, 18. Januar 2012

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Audit-Ziele	4
3	Das Audit-Programm	5
4	Die Begehungen	7
5	Das Bewertungsverfahren	9
6	Stärken	11
7	Entwicklungspotenziale	12
8	Bearbeitete Standards	13
	Grundstandard Qualitätsmanagement	13
	Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	16
	Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	18
	Standard 5: Schmerzbehandlung	20
	Standard 7: Chirurgie	22
	Standard 28: Dekubitusvermeidung und -pflege	26
	Standard 29: Sturzvermeidung	28
9	Empfehlungen	30
10	Antrag und Dank	31

1 Einleitung

Am 29. und 30. November 2011 hat ein Audit-Team der Stiftung sanaCERT suisse Ihre Massnahmen zu acht Standards bewertet. Es hatte den Auftrag, zu überprüfen, wo das Ospidal Scuol bezüglich der Qualitätsentwicklung heute steht.

Diese Überprüfung geschah in drei Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierten und bewerteten die Peers die von Ihnen vor dem Audit eingereichten schriftlichen Unterlagen.
- Im ersten Teil des Audits führten die Peers zu jedem Standard ein Gespräch mit den vom Spital bestimmten Auskunftspersonen.
- Besuche in ausgewählten Bereichen (siehe Kapitel 4, Begehung), Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen und die Analyse ausgewählter Patientendokumentationen vertieften im zweiten Teil des Audits die Eindrücke und vervollständigten die Informationen.

Audit-Team

Das Audit-Team setzte sich folgendermassen zusammen:

Peers:

- Martin Conzelmann, Dr. med., Chefarzt Geriatisches Kompetenzzentrum, Felix Platter Spital, Postfach, 4012 Basel
- Norbert Jenny, Leiter Pflegedienst, Kantonsspital Nidwalden, 6370 Stans
- Johannes Seitz, Spitaldirektion USZ, Schmelzbergstrasse 26, 8091 Zürich

Berichterstatte:

Peter Ueberschlag, Dr. med., Leiter Operatives Qualitätsmanagement Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; Projektleiter sanaCERT suisse, Burgdorf

Senior Advisor und Beobachter:(29.11.2011)

Christoph Cottier, PD Dr. med., vormals Chefarzt Medizinische Klinik, Regionalspital Emmental AG, Burgdorf; Geschäftsleiter sanaCERT suisse, Burgdorf

2 Audit-Ziele

Die Peers hatten zu beurteilen, ob das Ospidal Scuol weiterhin über ein funktionierendes Qualitätsmanagement verfügt. Folgende Fragen waren zu beantworten:

- Inwieweit entspricht das Qualitätsmanagementsystem des Ospidal Scuol den Anforderungen des Grundstandards Qualitätsmanagement?
- Decken die gewählten Qualitätsstandards die Kernbereiche des Leistungsauftrags des Ospidal Scuol thematisch ab?
- Findet der Prozess der regelmässigen periodischen Selbstbewertung statt, und zeigt dieser Prozess die erwünschten Wirkungen?
- Ist der Qualitätsregelkreis (Plan-Do-Check-Act) in den bearbeiteten Standards vollendet worden (Erfüllung)?
- Ist jeder Qualitätsstandard entsprechend dem vereinbarten Gültigkeitsbereich im Ospidal Scuol umgesetzt worden (Durchdringung)?

Die Peers hatten ferner den Auftrag, Möglichkeiten zur Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems aufzuzeigen und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen zu formulieren.

3 Das Audit-Programm

Dienstag, 29. November 2011

12.00	Eintreffen der Mitglieder des Audit-Teams im Spital: Studium der aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen. Einsichtnahme in den Selbstbewertungsbericht *
12.00 – 14.30	Vorbereitungssitzung des Audit-Teams *
14.30 – 14.45	Zusammenkunft mit der Spitalleitung: Eröffnungssitzung Vorstellung, Detailplanung des Audits (Sprecher: P. Ueberschlag)
14.45 – 15.15	Grundstandard Qualitätsmanagement (Leading Auditor: M. Conzelmann)
15.15 – 15.30	Pause *
15.30 – 16.00	Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene (Leading Auditor: M. Conzelmann))
16.00 – 16.30	Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen (Leading Auditor: J. Seitz))
16.30 – 16.45	Pause *
16.45 – 17.15	Standard 5: Schmerzbehandlung (Leading Auditor: M. Conzelmann)
17.15 – 17.45	Standard 7 Chirurgie (Leading Auditor: N. Jenny)
17.45 – 18.00	Pause *
18.00 – 19.00	Beratung des Audit-Teams und Vorbereiten der Begehung *
19.00	Das Audit-Team verlässt das Spital und begibt sich ins Hotel.

Mittwoch, 30. November 2011

08.00	Eintreffen des Audit-Teams im Spital
08.00 – 09.00	Vorbereitungssitzung des Audit-Teams *
09.00 – 09.30	Standard 11. Umgang mit kritischen Zwischenfällen (Leading Auditor: J. Seitz)
09.30 – 10.00	Standard 28: Dekubitusvermeidung und -pflege (Leading Auditor: N. Jenny)
10.00 – 10.15	Pause *
10.15 – 10.45	Standard 29: Sturzvermeidung (Leading Auditor: N. Jenny)
10.45 – 11.00	Pause *
11.00 – 12.00	Begehung (1.Teil): Besuche und Gespräche auf den Stationen, Ergänzungen, Kardex- bzw. KG-Stichproben, Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen
12.00 – 12.45	Arbeitsessen *
12.45 – 13.45	Begehung (2.Teil): Besuche und Gespräche auf den Stationen, Ergänzungen, Kardex- bzw. KG-Stichproben, Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen
13.45 – 15.45	Beratung der Peers über die Bewertung *
15.45 – 16.15	Schlussgespräch: Abschliessende Zusammenkunft mit der Spitalleitung dem Kader und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Schlussinformation über die Bewertung der Auditoren (Berichterstatter: P. Ueberschlag.).
16.15	Ende des Audits

*) dazu benötigt das Audit-Team einen Raum, wo es ungestört ist.

4 Die Begehungen

Am Mittwoch, 30. November 2011, besuchte das Audit-Team gemäss Audit-Plan ausgewählte Stationen und Dienste, nahm Einsicht in Patientendokumentationen und weitere Dokumente und führte Befragungen durch.

Begehungsteam	Station, Klinik, Abteilung, Dienst	Auskunftspersonen	Audit-Schwerpunkte	Patientendokumentationen, weitere Unterlagen
Martin Conzelmann, Norbert Jenny (Peers)	Pflege-Station	Stv. Stationsleitung	Qualitätsmanagement; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schmerzbehandlung; Erhebung von Patientenurteilen; Umgang mit kritischen Zwischenfällen; Dekubitusvermeidung und -pflege; Sturzvermeidung	Intranet-Zugang; 6 Patientendokumentationen
	Notfallstation	Leitung	Qualitätsmanagement; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schmerzbehandlung; Erhebung von Patientenurteilen; Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Intranet-Zugang;
	Pflege-Station	Pflegefachfrau	Qualitätsmanagement; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schmerzbehandlung; Erhebung von Patientenurteilen; Umgang mit kritischen Zwischenfällen; Dekubitusvermeidung und -pflege; Sturzvermeidung	Intranet-Zugang; 4 Patientendokumentationen
	Büro	Assistenzärztin	Qualitätsmanagement; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schmerzbehandlung; Erhebung von Patientenurteilen; Umgang mit kritischen Zwischenfällen; Dekubitusvermeidung und -pflege; Sturzvermeidung, Chirurgie	Intranet-Zugang; 5 Patientendokumentationen
Total befragte Auskunftspersonen: 4		Total eingesehene Patientendokumentationen: 15		

Begehungsteam	Station, Klinik, Abteilung, Dienst	Auskunftspersonen	Audit-Schwerpunkte	Patientendokumentationen, weitere Unterlagen
Johannes Seitz (Peer), Peter Ueberschlag (Berichterstatter)	Technischer Dienst	Leiter	Fortbildungen, Händehygiene, Einführung neuer Mitarbeitenden, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Patientenurteile	
	Pflege-Station	2 Pflegefachfrauen;	Händehygiene; Fortbildungen, Einführung neuer Mitarbeitenden, Dekubitusvermeidung und -pflege, Sturzvermeidung, Patientenurteile, Umgang mit kritischen Zwischenfällen;	Intranet-Zugang: 3 Patientendokumentationen
	Administration	Verwaltungsgestellte; Leiter Finanzen	Erhebung von Patientenurteilen, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Einführung von neuen Mitarbeitenden	Personaldossier
	Küche	Stv. Küchenchef	Händehygiene, Fortbildungen, Schnittstellen zum Pflegedienst	Bestellkarten, Eingangskontrollen
Total befragte Auskunftspersonen: 6		Total eingesehene Patientendokumentationen: 3		

5 Das Bewertungsverfahren

Die Peers verfügen über eine fünfstufige Bewertung von 0 bis D. Dabei bedeutet:

- 0: Der Standard ist **nicht erfüllt**.
- A: Der Standard ist zum Zeitpunkt der Bewertung **minimal** erfüllt.
- B: Der Standard ist zum Zeitpunkt der Bewertung **mässig** erfüllt.
- C: Der Standard ist zum Zeitpunkt der Bewertung in **substanziellem Ausmass** erfüllt.
- D: Der Standard ist zum Zeitpunkt der Bewertung **umfänglich** erfüllt.

Die Bewertung berücksichtigt,

- a. in welchem Ausmass der Qualitätsregelkreis („Plan-Do-Check-Act“) vollendet worden ist (**Erfüllung**), und
- b. ob ein Standard entsprechend dem vereinbarten Gültigkeitsbereich im Spital umgesetzt worden ist (**Durchdringung**).

Die Bewertung der Standards erfolgt in vier Schritten:

1. Die Peers listen für jeden Standard auf, welche Beobachtungen, Feststellungen und Informationen positiv zu würdigen („Stärken“) bzw. kritisch anzumerken („Entwicklungspotenziale“) sind.
2. Die Peers bestimmen für jedes Element eines Standards, ob es „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ wird.
3. Wenn das Standardelement als „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ bewertet wird, muss die Bewertung begründet werden (siehe Spalte „Was noch fehlte“).
4. Die Peers bestimmen für jeden Standard im Konsens das Erfüllungs- und das Durchdringungsniveau und ermitteln daraus die Gesamtbewertung pro Standard.

Dieser Bericht ist ausschliesslich zur internen Verwendung innerhalb des Ospidal Scuol bestimmt. Vergleiche der Bewertungen zwischen einzelnen Institutionen sind aus methodologischen Gründen nicht möglich.

Die Bewertung im Überblick

Standard	Erst-Zertifizierungs-Audit 2006	Re-Zertifizierungs-Audit 2011
Grundstandard: Qualitätsmanagement	D	D
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	D	D
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	D	D
Standard 5: Schmerzbehandlung	D	D
Standard 7 Chirurgie	*	C
Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	*	D
Standard 28: Dekubitusvermeidung und -pflege	*	D
Standard 29: Sturzvermeidung	*	D

* noch nicht zur Bewertung vorgelegt.

Numerisch ausgedrückt¹ erreichte das Ospidal Scuol insgesamt 31 Punkte bei einem möglichen Maximum von 32 Punkten und einer für die Zertifizierung minimal notwendigen Punktezahl von 20 Punkten.

¹ A = 1, B = 2, C = 3, D = 4

6 Stärken

- Dadurch, dass die Betriebsleitung fast identisch mit der Qualitäts-Kommission ist, sind die Entscheidungswege kurz und der Einfluss der obersten Führung auf das Qualitätsmanagement gross.
- Das Spital hat mit der erfolgreichen Umsetzung von 4 neuen Standards bewiesen, dass hinter der Qualitätsarbeit ein Spital steht, bei dem die nötige Arbeit von den Mitarbeitenden mit viel Schwung mitgetragen wird.
- Das Qualitätsmanagement wird als ständiges Thema bei strategischen Überlegungen mit einbezogen. Dieser Einbezug gilt nicht nur für das Ospidal Scuol, sondern auch weit vorausschauend für das Gesundheitszentrum Unterengadin (CSEB)
- Beeindruckt hat das Audit-Team die umgesetzte Durchdringung der Standards, welche sich in den als Beispiele herangezogenen Aussagen aus den Begehungen:
 - Vorteile durch Einheitlichkeit,
 - Vermeidung von möglichen Fehlern,
 - Vereinfachung der Prozesse,
 - leichtere Einführung von neuen Mitarbeitendenzeigen.
- Die geleistete Arbeit und die erreichten Ziele im Qualitätsmanagementbereich werden durch das Ospidal Scuol in verschiedene Medien der Bevölkerung und den Patienten stolz, aber in einer angenehmen und zurückhaltenden Art, präsentiert.
- Die überzeugenden, vorgelegten Dokumentationen passen zum Gesamteindruck von einem gut durchdachten und umgesetzten Qualitätsmanagement
- Am Ospidal Scuol haben sich folgende Bereiche einer Zertifizierung unterzogen (Quelle: Geschäftsbericht und Qualitätsbericht 2010):

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Anerkennung des Rettungsdienstes Scuol durch den Internationalen Verband Rettungsdienst (IVR) 2010;- Erfolgreiche Überprüfung des Bereiches Arbeitssicherheit durch H plus- Re-Audit Risikomanagement: Gesellschaft für Risikoberatung, 2011 |
|--|

7 Entwicklungspotenziale

- Was als Stärke zu recht erwähnt wird, nämlich der Einsitz der obersten Führung in diversen Gremien, kann auch gewisse Probleme mit sich bringen, in dem das Denken und Handeln unter verschiedenen „Hüten“ nicht immer einfach ist. Die Peers regen an, dass die Mitgliedschaft in den verschiedenen Gremien (z.B. Betriebsleitung – Qualitätskommission) gut überlegt im Auge zu behalten sei.
- Die Peers geben zu bedenken, dass mit den personellen Ressourcen für die Mitarbeit in der Qualitätsarbeit gut gehaushaltet werden sollte, damit die hochmotivierten Mitarbeitenden nicht überbeansprucht werden.
- Im obengenannten Zusammenhang sieht das Audit-Team auch die nicht konsequente Beachtung der Stellvertretungen (z.B. Qualitätsbeauftragte).
- Das bestehende Beschwerdemanagement, und der Umgang mit den Patientenurteilen könnten aus der Sicht der Peers durch eine bessere Strukturierung ein Mehrgewinn für das Spital bringen.
- Ein konsequentes Erstellen von Dashboards für alle bearbeiteten Standards würde die Übersicht für die Mitarbeitenden, aber auch für die Leitung, erleichtern.
- Um die schon sehr gute Durchdringung noch um eine Spur zu verbessern wäre der vermehrte Einbezug der Mitarbeitenden des „Back Office“ nach Meinung der Peers noch anzusehen.

8 Bearbeitete Standards

Grundstandard Qualitätsmanagement

Gültigkeitsbereich: *gesamtes Ospidal Scuol*

Auskunftspersonen: *Dr. med. J. Koppenberg, Spitaldirektor / Chefarzt Anästhesie; V. Schütz, Direktorin Chüra; M. Sägesser, Leitung Pflege Akutabteilung; U. Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB / Laborleiterin*

Niveau D:

Die Elemente des Grundstandards Qualitätsmanagement sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Seit 2006, nach dem ersten Zertifizierung-Audit nach sanaCERT suisse, wurde die Qualitätsarbeit konsequent weitergeführt, auch wenn die Gültigkeit der Zertifizierung am 23.11.2009 ablief. Dieser Verlust wurde strategisch bewusst in Kauf genommen, da aufgrund der Gründung des Gesundheitszentrums (CSEB) eine einheitliche Qualitätspolitik angestrebt wird.

Die Geschäftsleitung des CSEB hat beschlossen für alle medizinischen Bereiche das Qualitätssicherungssystem durch die Stiftung sanaCERT suisse überprüfen zu lassen. So wurde die erneute Zertifizierung des Ospidal Scuol als erster Schritt angestrebt.

Die Auswahl der Standards wurde nun so getroffen, dass sowohl die bewährten, für ein Akutspital wichtigen Standards, aber auch für das gesamte CSEB nützlichen Standards ins Standard-Set aufgenommen worden sind. Bereits werden die Standards mit Einbezug der verschiedenen medizinischen Bereiche des CSEB erarbeitet um so Synergie zu nutzen, aber auch die verschiedenen Bedürfnisse frühzeitig abdecken zu können.

Die nun ersetzten Standards konnten durch deren hohen Qualitätsstandards in die Routine entlassen oder in einen neuen Standard überführt werden.

Die Organisation des Qualitätsmanagements wurde konsequent auf die nahe Zukunft folgerichtig angepasst.

Das Qualitätsmanagement ist zu einem wesentlichen Instrument in der Führung des Ospidal Scuol geworden und prägt die Betriebskultur. Mit dem bewussten Einbezug des Risikomanagement wird das Qualitätsmanagement als Instrument der Unternehmensführung noch gestärkt.

Der gemeinsame Jahresbericht CSEB und Qualitätsbericht 2010 Ospidal Scuol zeigen, wie vielfältig die Arbeit an der Qualität im CSEB und somit auch im Ospidal Scuol geworden ist.

Aus dem Bericht über die Ergebnisse des Erst-Zertifizierungs-Audits der Stufe 1 (Vor-Audit) vom 20. Juli 2011 wurden die Empfehlungen mehrheitlich bearbeitet.

Die Bewertung des Grundstandards Qualitätsmanagement	Bewertung	Was noch fehlte
1. Das Spital nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung wahr. Die oberste operative Führungsebene setzt Qualitätsziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die Arbeiten an der Qualitätsentwicklung. Die Zielerreichung wird gemessen, notwendige Anpassungen werden eingeleitet.	erfüllt	
2. Das Spital hat die Richtlinien zum Qualitätsmanagement dokumentiert. Das Qualitätsmanagement motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.	erfüllt	
3. Die Qualitätskommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Ihre Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	erfüllt	
4. Das Spital hat Qualitätsbeauftragte ernannt. Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	erfüllt	
5. Die Mitglieder der Qualitätskommission, die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln werden für ihre Aufgaben ausgebildet. Es besteht ein Weiterbildungskonzept.	erfüllt	
6. Alle eingegangenen Beschwerden über das Spital und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.	erfüllt	
7. Das Spital erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Dazu unterzieht es sich periodisch einer Fremdbewertung. Das Spital informiert gegen innen und aussen über seine Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung.	erfüllt	

Die Peers hatten 7 Elemente des Grundstandards zu bewerten. Bezüglich Element 1 bestätigen sie, dass die operative Führung des Ospidal Scuol (+ CSEB) mit Zielen über zwei Jahre klare Vorgaben vermittelt. Die Zielerreichung für das letzte Jahr ist im Qualitätsbericht 2010 dokumentiert. Die Unterlagen der Betriebsleitung belegen, dass notwendige Anpassungen eingeleitet wurden.

Der Qualitätsbericht 2010 enthält eine ausführliche Zusammenfassung der Qualitätsstrategie und der laufenden Programme. Diese Zusammenfassung kann wie eine Richtlinie zum Qualitätsmanagement verstanden werden.

Die Qualitäts-Kommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Organigramm der Betriebsführung zeigt gewisse Überschneidungen und Doppelfunktionen zwischen Betriebsleitung und Qualitätskommission. Für die Qualitätsbeauftragte besteht eine klare Stellen- und Aufgabenbeschreibungen. Die externe und interne Aus- und Weiterbildung im Qualitätsmanagement ist dokumentiert.

Die Bearbeitung der Beschwerden ist organisiert. Mit dem Formular „Meinungsumfrage“ könnte durch ein strukturierteres Vorgehen für das gesamte Ospidal, aber auch für die einzelnen Bereiche, ein Mehrwert generiert werden.

Das Element 7: Fremdbewertung, wird durch den Qualitätsbericht 2010 und durch die mehrheitliche Teilnahme an den ANQ-Messungen belegt.

Die Kommunikation nach innen und aussen hat die Peers, wie in den Stärken beschrieben, überzeugt.

Ein wesentliches Element der Qualitätsberichterstattung stellt die Auflistung der Massnahmen zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen und der durchgeführten amtlichen Kontrollen, Inspektionen etc. dar. Das Ospidal Scuol legte dazu eine umfangreiche Liste vor (datiert: Mai.2011).

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement insgesamt

- *Patientenzufriedenheit NPO plus 2008*
- *Zuweiserzufriedenheit, mecon Messung*
- *Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen, ANQ*
- *Potentiell vermeidbare Reoperationen, ANQ*
- *Nationale Prävalenzmessung 8.11.11, ANQ*
- *Nationale Patientenbefragung November 2011, ANQ*
- *Stürze, internes Instrument*
- *Fluktuationsraten*
- *Anteil der Weiterbildungskosten an die Personalkosten*

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Gültigkeitsbereich: gesamtes Ospidal Scuol

Auskunftspersonen: R. Köllemann, Hygieneverantwortliche / Pflegefachfrau OP; M. Sägesser, Leitung Pflege Akutabteilung; Dr. med. R. Tissi, Co-Chefarzt Chirurgie; R. Tsoutsaios, Hausbeamtin

Niveau D:

Die Elemente von Standard 1 „Infektionsprävention und Spitalhygiene“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfangreich erfüllt.

Die Spitalhygiene des Ospidal Scuol wird intern durch eine Hygieneverantwortliche gut abgedeckt und wird durch die Infektiologie Kantonsspital Chur bei Bedarf jederzeit unterstützt.

Die Bewertung des Standards 1	Bewertung	Was noch fehlte
1. Das Spital hat die Richtlinien zur Spitalhygiene so dokumentiert, dass wichtige Elemente grundsätzlich von jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter nachvollzogen werden können.	erfüllt	
2. Die Protokolle der Hygienekommission und die tatsächlich umgesetzten Vorstellungen zeigen, welche Prioritäten existieren, und wie die Ziele zu erreichen sind.	erfüllt	
3. Die Zielerreichung wird gemessen.	erfüllt	
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt.	erfüllt	
5. Mitglieder der Hygienekommission haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Feld besucht.	erfüllt	
6. Mit aussen stehenden Fachpersonen im Feld der Spitalhygiene besteht so Kontakt, dass sie bei Bedarf um Rat und Unterstützung angegangen werden können.	erfüllt	

Die Richtlinien im Intranet sind umfassend, dem neuen Stand entsprechend, und werden laufend neuen Erkenntnissen angepasst in Zusammenarbeit mit dem Vertragsspital „Spitäler Chur AG“. Der Status der Überarbeitung ist transparent. Anlässlich der Begehung konnten sich die Peers davon überzeugen, dass sich die Mitarbeitenden in den Richtlinien gut zurechtfinden.

Die Hygienekommission, welche repräsentativ zusammengesetzt ist (Einsatz des Personalarztes?), zeigt in ihren Protokollen ihre Tätigkeit transparent auf. Die Erreichung der Ziele wird durch verschiedene Instrumente überprüft und bemerkenswert kritisch analysiert (z.B. AQC, Befragung der Mitarbeitenden 2011, etc.) Die Messungen mit Swiss Noso werden wegen den tiefen Fallzahlen zur Zeit abgeklärt. Die Hygienebegehung durch eine externe Firma wird psychologisch für die Mitarbeitenden als wichtig gewertet, auch wenn die Wertigkeit fachlich (z.B. Abstrich-Entnahme) nicht unumstritten ist. Nach der Einführung eines Blutentnahme-Sicherheitssystems konnte die Anzahl von Nadelstichverletzungen bei den Blutentnahmen verringert werden.

Gesamthaft ist die Anzahl von Nadelstichverletzungen jedoch konstant geblieben und bedarf weiterhin grosser Beachtung. Unverändert geniesst die Händehygiene einen hohen Stellenwert. Dafür sprechen konsequent durchgeführte Schulungen und Überprüfung des Wissens. Anlässlich der Begehung konnten sich die Peers vom guten Wissen der Mitarbeitenden überzeugen.

Den Peers standen ausführliche Unterlagen zu den laufenden Qualitätsprojekten zur Verfügung.

Das Audit-Team war beeindruckt von der von allen Mitarbeitenden wahrgenommenen Präsenz der Hygieneverantwortlichen. Dabei sollte diese explizit bei Isolierungen beigezogen werden.

Das geplante Entsorgungskonzept konnte noch nicht umgesetzt werden.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement in der Infektionsprävention und Spitalhygiene

- *Wissenstand Hygiene 2011*
- *Nadelstichverletzungen 2009 und 2010*
- *Erhebungen im Rahmen der AQC*

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Gültigkeitsbereich: gesamtes Ospidal Scuol

Auskunftspersonen: A. Platz, Leiter Finanzen; S. Joos, Verwaltungsangestellte; A. Sala, Leiter Notfall und Rettungsdienst

Niveau D:

Die Elemente des Standards 2 „Erhebung von Patientenurteilen“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Seit 2001 werden die Befragungen mit der NPO PLUS Patientenbefragung in plus/minus regelmässigen Abständen durchgeführt. Die letzte Erhebung 2008 wurde ausführlich analysiert. Leider stand dazu kein Benchmark zur Verfügung. Auf die PEQ-Messung 2009 des ANQ wurde verzichtet.

Die Bewertung des Standards 2	Bewertung	Was noch fehlte
1. Das Spital führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch.	erfüllt	
2. Bei dieser Erhebung stehen Elemente im Zentrum, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Spital betreffen.	erfüllt	
3. Das Spital macht klar, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand „Befragung von Patientinnen und Patienten“ angelegt ist.	erfüllt	
4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können.	erfüllt	

Das Audit-Team konnte die Analyse der Befragung 2008 gut nachvollziehen. Ebenso, wird die im Konzept vorgesehene neue Befragung mit externem Benchmark für 2012, begrüsst. Überhaupt können mit dem am 7.10.2011 erstellten Konzept die vier Standard-elemente gut erfüllt werden.

Das Audit-Team begrüsst die sorgfältige Abwägung von Aufwand und Nutzen in diesem Bereich der Qualitätssicherung.

Die Peers nahmen mit Befriedigung zur Kenntnis, dass ein grosses Augenmerk auf die Umsetzung und Überprüfung von getroffenen Massnahmen gelegt wurde. Anlässlich der Begehung war das Wissen über die umgesetzten Verbesserungsmassnahmen bei den Mitarbeitenden gut vorhanden.

Den Peers ist aufgefallen, dass die grosse Gruppe der ambulanten Patienten nicht systematisch befragt wird. Diese Patientengruppe könnte im Rahmen des kommenden DRG-Zeitalters von immer grösserer Bedeutung sein.

Die Bedeutung der Aussage zur Analyse: ... die Zufriedenheit mit dem wachsenden Abstand zum Spital steigt ..., sollte nach Meinung der Peers nicht unreflektiert im Raume stehen bleiben.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement bezüglich Erhebung von Patientenurteilen

- NPO PLUS Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (stationäre Patienten) 2001, 2002, 2005, 2008
- ANQ Patientenbefragung November 2011 (Resultate noch nicht verfügbar)

Standard 5: Schmerzbehandlung

Gültigkeitsbereich: *gesamtes Ospidal Scuol*

Auskunftspersonen: *Dr. med. J. Koppenberg, Spitaldirektor / Chefarzt Anästhesie; Dr. med. G. Flury, Chefarzt Medizin; Dr. med. F. Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie*

Niveau D:

Die Elemente des Standards 5 „Schmerzbehandlung“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Der Standard 5 ist seit 1997 im Ospidal Scuol umgesetzt. Bis ins Jahr 2012 wird das Konzept und die daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen überarbeitet gemäss sanaCERT suisse Version 17 vom 6.12.10, umgesetzt und evaluiert.

Die Bewertung des Standards 5	Bewertung	Was noch fehlte
1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.	erfüllt	
2. Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult.	erfüllt	
3. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und dafür sensibilisiert. Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet.	erfüllt	
4. Die Umsetzung des Schmerzkonzepts sowie die Wirksamkeit und Angemessenheit der Handlungsanweisungen werden periodisch überprüft. Die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen mit der Schmerzbehandlung wird periodisch evaluiert.	erfüllt	
5. Die Ergebnisse der periodischen Evaluationen sowie ausgewählte Kennzahlen werden spitalintern regelmässig bekannt gemacht. Falls nötig, werden das Schmerzkonzept sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen angepasst.	erfüllt	

Die Peers haben das überarbeitete Konzept des Standards 5 hinsichtlich der 5 Standardelemente überprüft und mit diesen als kongruent beurteilt. Die Peers waren beeindruckt von der interdisziplinären Arbeit, welche hinter der Überarbeitung des Konzeptes steckt.

Durch die „Schmerzphilosophie am Ospidal“ wird die Bedeutung allen betroffenen Mitarbeitenden verständlich gemacht. Dem Audit-Team fällt die klare Strukturierung mit den eindeutig bezeichneten Leitlinien (SOP's) positiv auf.

In der gleichen Art wurde auch der P-D-C-A-Kreislauf bei der Umsetzung, Schulung und Evaluation konsequent umgesetzt, so dass bei der Begehung gut informierte, vom Standard überzeugte Mitarbeitende angetroffen wurden. In diesem Zusammenhang sind auch die weiteren Schritte bis ins Jahr 2013 festgelegt (noch verstärkter Einbezug der Komplementärmedizin).

Ebenso sind die Peers überzeugt, dass die am 1.8.2011 im KIS-System Phoenix aufgeschaltete Variante des Konzeptes allen Mitarbeitenden die Arbeit erleichtert und die Sicherheit und die Wirksamkeit in Bezug auf die Schmerzbehandlung für die Patienten verbessert.

Das Audit-Team erkannte, dass die Zugwirkung der Mitglieder der Kerngruppe, auf den gesamten Qualitätszirkel übergreifen konnte.

Kein Teilelement des Standards zeigt Schwächen. Es konnten sogar die Patienten und deren Angehörigen für die Peers glaubhaft in den Standard mit einbezogen werden (z. B. Broschüre). Die Peers regen an, dass die Wirksamkeit dieser Broschüre evaluiert werden könnte.

Bemerkenswert ist auch, dass bei den Rettungssanitätern individuelle Kompetenzen, nach bestandenen Prüfungen, abgegeben werden können und dass diese Kompetenzen regelmässig überprüft werden. Die Überprüfung der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der Schmerzbehandlung ist für 2012 im Rahmen der Patientenzufriedenheitsbefragung vorgesehen. Die Aussagekraft wird wesentlich vom gewählten Messinstrument abhängen.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement in der Schmerzbehandlung

- *Auswertung: Umfrage zum Schmerzkonzept 2006*
- *Auswertung Ergebniskriterien Rettungsdienst (IVR) 2010*
- *Offiziell anerkannte Schmerzklinik der Schweizerischen Gesellschaft zur Studium des Schmerzes (SGSS) seit 2008*

Standard 7: Chirurgie

Gültigkeitsbereich: *gesamtes Ospidal Scuol*

Auskunftspersonen: *Dr. med. F. Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie; N. Baumann, Sekretariat Chirurgie*

Niveau C:

Die Elemente des Standards 7 „Chirurgie“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung im substanziellen Ausmass erfüllt.

Als neuer Standard wird dieser erstmals zum Re-Zertifizierungs-Audit vorgelegt. Im Erst-Zertifizierungs-Audit der Stufe 1 (Vor-Audit) vom 29. Juli 2011 wurde dieser Standard auf Wunsch des Ospidal Scuol gemäss ISO/IEC 17021:2006, Kapitel 9.2.3.1, überprüft und bewertet.

Die Bewertung des Standards 7	Bewertung	Was noch fehlte
1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien	erfüllt	
2. Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird regelmässig überprüft.	erfüllt	
3. Vor operativen und anderen invasiven Eingriffen werden alle Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken und die verwendete Hilfsmittel informiert.	erfüllt	
4. Vor Einleitung der Narkose, vor der ersten chirurgischen Intervention und bevor der Patient bzw. die Patientin den Operationssaal verlässt, überprüft das Team mittels einer Checkliste, was zu einer Gefährdung des Patienten bzw. der Patientin führen könnte	teilweise erfüllt	<i>Die Verantwortung für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind nicht eindeutig schriftlich zugeordnet.</i>
5. Im Team finden periodische Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend und werden moderiert und protokolliert.	Nicht erfüllt	<i>Es liegen keine Protokolle der Besprechungen vor.</i>

6. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch.	erfüllt	
---	---------	--

Zur Diagnose: „Appendizitis“ wurde den Peers eine Handlungsrichtlinie dargelegt, welche in Kraft gesetzt worden ist. Die Evaluation konnte noch nicht durchgeführt werden, da noch keine 12 Monate seit der Einführung verstrichen sind. Andere Handlungsrichtlinien sind zur Zeit bei den chirurgischen Kadern in Bearbeitung.

Diese Handlungsrichtlinie ist im Phoenix hinterlegt und wird durch den Chefarzt oder seinen Stellvertreter neueintretenden Ärzten instruiert.

An zwei Veranstaltungen wurden die Pflegenden über die sie betreffende Handlungsrichtlinie instruiert. Eine Überprüfung ist geplant.

Dem Audit-Team lagen die Aufklärungsbögen (perimed) zur Einsicht vor. Die Schulung in der Aufklärung wird eins zu eins durch den Chefarzt bei den neuen Ärzten durchgeführt und überprüft. Diese Aufklärungsbögen zu den häufigsten Eingriffen liegen in mehreren Sprachen vor.

Zur Fort- und Weiterbildung der Assistenzärzte sind im Phoenix mehrere Tools zum Selbststudium hinterlegt (z.B. AO Trauma, Orthorad, etc.).

Zum Standardelement 4 lag dem Audit-Team die „Chirurgische Sicherheits-Checkliste“ Version 1.11.2010, gemäss WHO, vor. Aus dieser Checkliste kann die Verantwortlichkeit bei den 3 Hauptschritten / Teilschritten trotz Unterschrift nicht genau zugeordnet werden. Die Peers regen eine Überarbeitung der Checkliste mit diesem Fokus an.

Die geforderten Protokolle im Standardelement 5 konnten von den Peers nicht eingesehen werden, daher ist dieses Element nicht erfüllt. Trotzdem werden im Team Besprechungen von Fällen, Komplikationen, Analysen der AQC-Auswertung, etc. durchgeführt. Meistens sind diese Besprechungen monodisziplinär.

Das Monitoring ist in der chirurgischen Klinik Chefsache. Die Peers konnten eine detaillierte Eigenstatistik 2011: Spezialübersicht Akute Appendizitis Diagnose, einsehen und diese wurde im Standardgespräch auch erläutert.

Bei der Begehung konnte die Umsetzung der Handlungsrichtlinie: Appendizitis, festgestellt durch das Audit-Team werden.

Ermittelte Kennzahlen für den Standard Chirurgie

- Auswertung: Akute Appendizitis 2011
- Auswertung: Statistik AQC 2008, 2009, 2010, bis Mitte 2011

Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Gültigkeitsbereich: *gesamtes Ospidal Scuol*

Auskunftspersonen: *U. Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB / Laborleiterin; Dr. med. J. Koppenberg, Spitaldirektor / Chefarzt Anästhesie; Dr. med. C. Weiss, Leitender Arzt Medizin; H. Brunner, Hebamme; M. Sägesser, Leitung Pflege Akutabteilung*

Niveau D:

Die Elemente des Standards 11 „Umgang mit kritischen Zwischenfällen“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

2005, nach einer Risikoanalyse durch die Firma GRB, wurde eine Empfehlung zur Einführung eines anonymen Fehlermeldesystems abgegeben. Darauf entschloss sich das Ospidal Scuol die Einführung des Systems RISKOP und des sanaCERT suisse Standards 11. Im September 2007 wurde die Kick-off Veranstaltung durchgeführt und am 1.7.2008 wurde mit dem Fehlermeldesystem riskop gestartet, nachdem ein Konzept erarbeitet und freigegeben worden ist.

Ebenfalls wurden die interne Kommunikation mittels riskop, internen Alert und die externe Kommunikation mittels externen Alerts, z. B. CIRNET, vorangetrieben.

Zudem beteiligt sich das Ospidal Scuol bei „Fehlervermeiden – Helfen Sie“ der Stiftung Patientensicherheit.

Die Bewertung des Standards 11	Bewertung	Was noch fehlte
1. Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist.	erfüllt	
2. Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen.	erfüllt	
3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.	erfüllt	
4. Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritischen Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung.	erfüllt	

Das Audit Team konnte sich anhand der Unterlagen, im Gespräch mit den Auskunftspersonen und anlässlich der Begehung von der eindrücklich offenen Fehlerkultur überzeugen. Die Definition kritischer Zwischenfall ist den befragten Mitarbeitenden klar.

Das Konzept aus dem Jahre 2008 hat sich bewährt. Die Verantwortung für die Bearbeitung der Meldungen liegt beim Zirkelleiter. Für die Peers ist es eindrücklich zusehen, dass dieser Standard mit einer vorbildlichen Transparenz gegen innen und aussen umgesetzt worden ist. Durch ein fixes Traktandum in der Spitaldirektion wird die Umsetzung von möglichen Verbesserungen überprüft.

Die erste Schulung von neuen Mitarbeitenden findet obligatorisch am Einführungstag statt. Ebenso wurden auch weitere Mitarbeitende aus der Chûra und Spitex im Mai und Juni 2011 geschult.

Die Mitarbeitenden werden durch die CIRS-Info vorbildlich orientiert und können so die getroffenen Massnahmen nachvollziehen

Halbjährlich wird die Meldefrequenz ausgewertet. Das Audit-Team nahm zur Kenntnis, dass aus der rückläufigen Zahl der Meldungen im zweiten Halbjahr 2010 eine Konsequenz gezogen wurde, in dem die Schulung bei neueingetretenen Mitarbeitenden für obligatorisch erklärt und die Teilnahme auch überprüft wurde. Die Peers regen an, dass weiterhin mit Nachdruck dieser Standard im Spital publik gemacht wird, damit das System nicht „einschlâft“

Ermittelte Kennzahlen für den Standard "Umgang mit kritischen Zwischenfällen"

- *Anzahl Meldungen pro Halbjahr*
- *„Einführung in das Fehlermeldesystem riskop“ durch > 80% der Mitarbeitenden*

Standard 28: Dekubitusvermeidung und -pflege

Gültigkeitsbereich: *gesamtes Ospidal Scuol*

Auskunftspersonen: *C. Colcuc, Pflegefachfrau; Dr. med. G. Flury, Chefarzt Medizin; M. Zangerl, Pflegefachfrau Chüra; A. Janett, Pflegefachfrau Chüra; B. Prevost, FVP Chüra; S. Ieronimo, Pflegefachfrau Spitex; D. Larcher, Pflegefachfrau Chüra*

Niveau D:

Die Elemente des Standards 28 „Dekubitusvermeidung und -pflege“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Als neuer Standard wird dieser erstmals zum Re-Zertifizierungs-Audit vorgelegt. Im Erst-Zertifizierungs-Audit der Stufe 1 (Vor-Audit) vom 29. Juli 2011 wurde dieser Standard auf Wunsch des Ospidal Scuol gemäss ISO/IEC 17021:2006, Kapitel 9.2.3.1, überprüft und bewertet. Das Thema Dekubitusvermeidung und -pflege wurde schon lange in einer nicht allzu strukturierten Form bearbeitet. Im Hinblick auf das CSEB bot sich dieser Standard zur Aufnahme förmlich an (z.B. Thema: Betriebsbewilligung für PG und PH im Kanton Graubünden obligatorisch).

Die Bewertung des Standards 28	Bewertung	Was noch fehlte
1. Jede Patientin und jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Dekubitusgefährdung vorliegen könnte. Diese Beurteilung findet sofort nach dem Eintritt statt und wird in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderung der Mobilität, der Aktivität und des Druckes wiederholt.	erfüllt	
2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.	erfüllt	
3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Prophylaxe, Therapie und Pflege orientieren sich an für das gesamte Spital bzw. Heim verbindlichen Handlungsrichtlinien.	erfüllt	
4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegende sind in der Lage, das Dekubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Vermeidung und Heilung von Dekubitus und kennen ihre Kompetenzen zur Dekubitusbekämpfung.	erfüllt	
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden gemeinsam beurteilt	erfüllt	

Das erste Standardelement ist standardisiert umgesetzt und die Peers konnten sich während der Begehung dies auch belegen lassen.

Durch die seit dem 1.10.2011 gültigen Pflegequalitätsstandard, und der zusätzlichen Handlungsanweisung: Dekubitusprophylaxe, wurde den Pflegenden wertvolle Hilfen für die tägliche Arbeit vorgelegt.

Mit der Broschüre: Dekubitus, Information für Betroffenen und Angehörige, und den Ratgeber für Betroffene und Angehörige, werden wichtige Informationen auf eine einprägsame Art vermittelt. Zusätzlich werden diese Bemühungen ab dem 1.12.11 durch eine Ernährungsberaterin unterstützt.

Die Peers konnten die einheitlichen Dokumentationen im Phoenix, welche auch im CSEB dann Gültigkeit haben, einsehen. Dabei wurde ein Augenmerk auf die Umsetzung der Handlungsrichtlinien gelegt. Beeindruckt wurden die Peers durch die konsequente Vereinheitlichung der verwendeten Materialien, welche neben der Vereinfachung der Schulung auch einen ökonomischen Vorteil bringen wird. Ebenso tragen die Wundspezialistinnen zur qualitativen Verbesserung bei.

Durch die interprofessionelle Zusammensetzung der Projektgruppe dieses Standards wurde eine Vertrautheit und Wertschätzung zwischen den Berufsgruppen den Peers deutlich spürbar. Dies zeigte sich auch mit welchem Schwung seit dem Juli 2011 am Standard weitergearbeitet wurde.

Mit den vorliegenden Auswertungen, welche durch das Tool Phoenix statistisch aufbereitet werden, kann das Standardelement 5 gut abgebildet werden. Die Kontrolle der Erfassungsinstrumente und der Dokumentation im Phoenix wird monatlich durchgeführt und führt dadurch zu einer stabilen Datenlage, mit welcher mögliche Abweichungen sicher erfasst werden kann.

Den Peers wird der Wille der Projektgruppe zur ständigen Verbesserung mit der Festlegung der Ziele und des weiteren Vorgehens für das Jahr 2012 eindrücklich aufgezeigt.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement im Standard 28

- 8.11.11 Nationale Prävalenzmessung (Resultate noch ausstehend)
- Auswertungen Decubiti ab 1.1.2009 bis 30.9.2011
- Dekubitus-Inzidenz 2009/2010/ bis September 2011

Standard 29: Sturzvermeidung

Gültigkeitsbereich: *gesamtes Ospidal Scuol*

Auskunftspersonen: *M. Sägesser, Leitung Pflege Akutabteilung; B. Prevost, FVP Chüra; E. Cloet, Leiterin Physiotherapie Ospidal; Dr. med. G. Flury, Chefarzt Medizin; Dr. med. C. Neumeier, Co-Chefarzt Medizin*

Niveau D:

Die Elemente des Standards 29 „Sturzvermeidung“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Als neuer Standard wird dieser erstmals zum Re-Zertifizierungs-Audit vorgelegt. Im Erst-Zertifizierungs-Audit der Stufe 1 (Vor-Audit) vom 29. Juli 2011 wurde dieser Standard auf Wunsch des Ospidal Scuol gemäss ISO/IEC 17021:2006, Kapitel 9.2.3.1, überprüft und bewertet. Auch dieser Standard passt in die Strategie des CSEB und wird sich günstig auf die neue finanzielle Abgeltung auswirken. Dieser neue Standard wurde in einer bemerkenswert kurzen Zeit erarbeitet und umgesetzt, was die Peers auf ein gut eingespieltes Projektteam schliessen lässt.

Die Bewertung des Standards 29	Bewertung	Was noch fehlte
1. Das Spital bzw. das Heim verfügt über ein Konzept zur Sturzvermeidung. Dieses regelt, wie mit sturzgefährdeten Patientinnen und Patienten umgegangen wird und wie insbesondere Stürze und Sturzverletzungen vermieden werden können.	erfüllt	
2. Das Konzept regelt, ob und wie ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.	erfüllt	
3. Das Spital bzw. das Heim erfasst mittels Sturzereignisprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	erfüllt	
4. Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende bilden Bestandteile des Konzepts zur Sturzvermeidung. Nach Möglichkeit werden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über die Wichtigkeit der Massnahmen zur Vermeidung von Stürzen informiert.	erfüllt	
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt.	erfüllt	

Ein Konzept, freigegeben im April 2011, regelt auf zwei Seiten die wichtigsten Punkte für den Standard 29. Für die Peers heisst das: „auf den Punkt gebracht“.

Im Konzept wurde ein Fernblick in die nächste Zukunft mit eingebaut, so dass dieser Standard auch für das CSEB angewendet werden kann.

Das Projektteam überzeugte die Peers bei der Befragung mit hohem Fachwissen, pragmatischer Anwendung desselben und ein spürbarer harmonischer Umgang zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.

Durch das Tool Phoenix können die Daten über die Stürze auf eine einfache praktische Art erfasst werden. Überzeugt hat auch die Möglichkeit der schnellen Anpassung der Erfassungsmasken durch interne Ressourcen. Ebenso trägt die routinemässige Überprüfung der Eingaben durch das Kader zur Qualität der erhobenen Daten bei.

Durch die beiden Flyer: Information zur Sturzvermeidung, und Übungsprogramm zur Sturzprophylaxe, werden die Patienten und deren Angehörigen für dieses Thema sensibilisiert. Dies kann ein guter Anknüpfungspunkt für die Thematisierung der möglicherweise anzuwendenden Freiheitseinschränkenden Massnahmen für Ärzte und Pflegende sein.

Bei den vorliegenden Auswertungen konnten sich die Peers davon überzeugen, dass die Projektgruppe klar erkannt hat, dass es nicht nur auf die Senkung der Sturzhäufigkeit, sondern vor allem auf die Senkung des Verletzungsindex ankommt.

Die Selbstbewertung zeigt auf, dass durch das Projektteam ein Fokus auf die Durchdringung gelegt wird. Das Audit-Team regt an, dass besonders auf die Durchdringung aller Fachbereiche geachtet werden sollte.

Durch geplante Schulungen der Mitarbeitenden und die Evaluation der entwickelten Instrumente wird der Standard im Jahr 2012 weiterentwickelt.

Ermittelte Kennzahlen für den Standard 29 :

- Anzahl Stürze zu Verletzungsindex 1.1.2010 bis 30.6.2010 und 1.7.2010 bis 31.12.2010
- Anzahl Stürze zu Verletzungsindex 1.1.2011 bis 30.6.2011

9 Empfehlungen

Empfehlungen

Standard	Standardelement	Feststellung des Audit-Teams	Nr.	Empfehlung des Audit-Teams
Grundstandard	1	Im Jahr 2011 wurde mit grossem Elan und Einsatz diese glänzende Gesamtleistung des Ospidal Scuol erreicht.	I	Für das weitere Vorgehen sollte die Betriebsleitung auf den Einsatz der personellen Ressourcen ein besonderes Augenmerk legen.
Grundstandard	1	Der erarbeitete hohe Qualitätslevel muss bewusst erhalten bleiben, insbesondere wenn die Ausweitung auf das ganze CSEB bevorsteht	II	Synergien nützen und frühzeitiger Einbezug aller beteiligten Berufsgruppen durch konsequentes Weitergehen auf dem eingeschlagenen Weg.

10 Antrag und Dank

Antrag auf Re-Zertifizierung

Gestützt auf die Ergebnisse des Re-Zertifizierungs-Audits vom 29. und 30. November 2011 stellen die Auditoren der Zertifizierungskommission sanaCERT suisse folgende Anträge:

*1.) Das Qualitätsmanagementsystem des Ospidal Scuol ist für weitere drei Jahre, d.h. bis zum **30. November 2014**, zu zertifizieren.*

2.) Das nächste Überwachungs-Audit wird im November 2012 fällig werden. Das zweite und letzte Überwachungs-Audit wird im November 2013 fällig werden.

Dank

Wir möchten allen Auskunftspersonen, den Mitgliedern der Betriebsleitung, den Mitgliedern der diversen Gremien des CSEB und insbesondere Frau U. Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB, für die gute Zusammenarbeit in der Vorbereitung und Durchführung des Audits bestens danken.