



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

Zertifizierungskommission
Zirkularverfahren

Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol GR

Zertifizierungs-Audit

am 22. und 23. November 2006

Peers: Norbert Jenny, Stans NW
Max Rickenbacher, Tüscherz-Alfermée BE
Dr. med. Reto Weber, Frutigen BE

Berichterstatter: Martin Rothenbühler, Bern

Beobachterin: Jutta Khilji, Basel
Beobachter: Dr. med. Andreas Irion, Altstätten

Bern, 28. April 2007

Inhalt

	Seite
1 Einleitung	3
2 Audit-Ziele	4
3 Das Audit-Programm	5
4 Die Begehung	6
5 Das Bewertungsverfahren	7
6 Stärken	9
7 Verbesserungspotenziale	11
8 Bearbeitete Standards	12
Grundstandard Qualitätsmanagement	12
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	15
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	15
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	17
Standard 5: Schmerzbekämpfung	19
Standard 9: Pflege	21
Freier Standard Rettungsdienst	23
Freier Standard Notfallbehandlung	25
9 Auflage und Empfehlungen	27
10 Antrag und Dank	28

1 Einleitung

Am 22. und 23. November 2006 hat ein Audit-Team der Stiftung sanaCERT Suisse Ihre Arbeiten zu sieben Standards bewertet. Es hatte den Auftrag, zu überprüfen, wo das Ospidal d'Engiadina Bassa 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:

- Norbert Jenny, Leiter Pflegedienst am Kantonsspital Nidwalden Stans;
- Max Rickenbacher, MHA, vormals Vorsitzender der Geschäftsleitung der Regionalspital Emmental AG Burgdorf und Langnau, Tüscherz-Alfermée BE;
- Dr. med. Reto Weber, Facharzt FMH für Innere Medizin, Co-Chefarzt FMI AG, Standort Frutigen BE.

Berichterstatter:

Martin Rothenbühler, lic. rer. pol., Geschäftsleiter Stiftung sanaCERT Suisse, Bern.

Beobachterin und Beobachter:

- Jutta Khilji, Leiterin Pflegedienst am Felix Platter-Spital Basel;
- Dr. med. Andreas Irion, Leitender Arzt Chirurgie am Spital Altstätten SG, Leiter Qualitätsmanagement der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland.

2 Audit-Ziele

Die Peers hatten zu beurteilen, ob das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol über ein funktionierendes Qualitätsmanagement verfügt. Sie hatten insbesondere zu ermitteln:

- inwieweit das Qualitätsmanagementsystem des Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol den Anforderungen des Grundstandards Qualitätsmanagement entspricht;
- ob die gewählten Qualitätsstandards die Kernbereiche des Leistungsauftrags des Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol thematisch abdecken;
- ob der Prozess der regelmässigen periodischen Selbstbewertung stattfindet und die erwünschten Wirkungen zeitigt;
- ob in den bearbeiteten Standards der Qualitätsregelkreis (Plan-Do-Check-Act) vollendet worden ist (Erfüllung); und
- ob jeder Qualitätsstandard entsprechend dem vereinbarten Gültigkeitsbereich im Spital umgesetzt worden ist (Durchdringung).

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

Bewilligte Ausnahmen

Die Texte der freien Standards „Notfallbehandlung“ und „Rettungsdienst“ wurden von der Standardkommission am 20. Januar 2005 genehmigt.

Das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol stellte den Antrag, zum Zertifizierungs-Audit mit fünf regulären und zwei freien Standards antreten zu dürfen. Die Zertifizierungskommission hat diesen Antrag am 9. September 2005 einstimmig unterstützt. Der Stiftungsrat genehmigte den Antrag am 26. September 2005 und bewilligte die Ausnahme für das Zertifizierungs-Audit von 2006.

3 Das Audit-Programm

Erster Tag Mittwoch, 22. November 2006

14.30 – 16.00	Vorbereitungssitzung des Audit-Teams
16.00 – 16.15	Zusammenkunft mit der Spitalleitung: Begrüssung, Vorstellung, Detailplanung des Vor-Audits (Sprecher: Martin Rothenbühler)
16.15 - 16.45	Grundstandard Qualitätsmanagement (Leading Peer: Max Rickenbacher)
16.45 - 17.00	Pause
17.00 - 17.30	Freier Standard Notfallbehandlung (Leading Peer: Norbert Jenny)
17.30 - 18.00	Infektionsprävention und Spitalhygiene (Leading Peer: Dr. med. Reto Weber)
18.00 - 18.30	Beratung des Audit-Teams
20.30 –22.30	Abendsitzung

Zweiter Tag Donnerstag, 23. November 2006

08.00 – 08.30	Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen (Leading Peer: Max Rickenbacher)
08.30 – 09.00	Standard 20: Rettungsdienst (Leading Peer: Max Rickenbacher)
09.00 – 09.15	Pause
09.15 – 09.45	Standard 9: Pflege (Leading Peer: Norbert Jenny)
09.45 - 10.00	Beratung des Audit-Teams über die Begehung. Erstellen eines Begehungsplanes
10.00 – 10.30	Standard 5: Schmerzbekämpfung (Leading Peer: Dr. med. Reto Weber)
10.30 – 10.50	Beratung des Audit-Teams und Vorbereiten der Begehung
11.00 – 12.30	Begehung: Besuche und Gespräche auf den Stationen, Ergänzungen, Einsicht in zufällig ausgewählte Patientendokumentationen, Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen
12.30 - 13.15	Arbeitsessen
13.30 – 15.20	Beratung der Peers über die Bewertung
15.30 - 16.00	Abschliessende Zusammenkunft mit der Spitalleitung, dem Kader, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Schlussinformation über die Bewertung der Peers (Berichterstatter: Martin Rothenbühler).

4 Die Begehung

Am Donnerstag, 23. November 2006, besuchte das Audit-Team gemäss Audit-Plan die Stationen und weitere ausgewählte Bereiche, nahm Einsicht in Pflegedokumentationen, Schmerzerfassungsprotokolle und weitere Dokumente und führte Befragungen durch.

Audit-Team	Station, Bereich bzw. Funktion (befragte Personen)	Audit-Schwerpunkte
Dr. med. Reto Weber (Auditor); Dr. med. Andreas Irion (Beobachter)	Notfallstation (1 Assistenzarzt)	Qualitätsmanagementsystem; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schutz vor Stichverletzungen und vor mit Blut übertragbaren Infektionen; Schmerzbekämpfung; Erhebung von Patientenurteilen; Beschwerdemanagement; Austrittscheckliste
	Rettungsdienst (1 Rettungssanitäter)	Qualitätsmanagementsystem; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schutz vor Stichverletzungen und vor mit Blut übertragbaren Infektionen; Schmerzbekämpfung; Erhebung von Patientenurteilen; Beschwerdemanagement; Algorithmen; Einsatzprotokolle
	Station 1. Stock (2 dipl. Pflegefachfrauen)	Qualitätsmanagementsystem; Wundmanagement; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schmerzbekämpfung; Erhebung von Patientenurteilen; Beschwerdemanagement; Zugang zum Intranet; Einsicht in Patientendokumentationen (3)
Norbert Jenny (Auditor); Jutta Khilji (Beobachterin)	Station 2. Stock (1 dipl. Pflegefachfrau, 1 Pflegehelferin, 1 Assistenzärztin)	Qualitätsmanagementsystem; Wundmanagement; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schutz vor Stichverletzungen und vor mit Blut übertragbaren Infektionen; Schmerzbekämpfung; Erhebung von Patientenurteilen; Beschwerdemanagement; Zugang zum Intranet; AQC-Erhebung; Einsicht in Patientendokumentationen (3)
	Technischer Dienst (stv. Chef)	Qualitätsmanagementsystem; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Entsorgung; Materio-Vigilance; Beschwerdemanagement
	Direktion (Direktor)	Qualitätsmanagementsystem; Datenschutz; EDV
Max Rickenbacher (Auditor); Martin Rothenbühler (Berichterstatter)	Küche (stv. Küchenchef)	Qualitätsmanagementsystem; Lebensmittelhygiene; Patientenorientierung; Beschwerdemanagement
	Hauswirtschaft (Leiterin, 2 Reinigungs- und Lingerie-Mitarbeiterinnen).	Qualitätsmanagementsystem; Beschwerdemanagement; Schutz vor Stichverletzungen und vor mit Blut übertragbaren Infektionen; Händedesinfektion; Isolation
	Loge (2 Receptionistinnen)	Beschwerdemanagement; Brandschutz; Evakuierungsplan
Anzahl befragte Auskunftspersonen total: 15		Anzahl überprüfte Pflegedokumentationen total: 6

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 („Verbesserungspotenziale“) 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 Spitals bestimmt. Vergleiche der Bewertungen zwischen einzelnen Institutionen sind aus methodologischen Gründen nicht möglich.

Die Bewertung im Überblick

Standard	Erstes Vor-Audit 1998	Zweites Vor-Audit 2001	Zertifizierungs-Audit 2006
Grundstandard Qualitätsmanagement	* <i>noch nicht bearbeitet</i>	* <i>noch nicht bearbeitet</i>	D umfänglich erfüllt
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	A minimal erfüllt	C in substanziellem Ausmass erfüllt	D umfänglich erfüllt
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	B mässig erfüllt	B mässig erfüllt	D umfänglich erfüllt
Standard 5: Schmerzbekämpfung	B mässig erfüllt	D umfänglich erfüllt	D umfänglich erfüllt
Standard 9: Pflege	* <i>noch nicht bearbeitet</i>	B mässig erfüllt	C in substanziellem Ausmass erfüllt
Freier Standard: Rettungsdienst	B mässig erfüllt	D umfänglich erfüllt	D umfänglich erfüllt
Freier Standard: Notfallbehandlung	A minimal erfüllt	C in substanziellem Ausmass erfüllt	D umfänglich erfüllt

Numerisch ausgedrückt¹ erreicht das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol insgesamt 27 Punkte bei einem möglichen Maximum von 28 Punkten und einer für die Zertifizierung minimal notwendigen Punktezahl von 18 Punkten, also ein ausgezeichnetes Ergebnis!

¹ A = 1, B = 2, C = 3, D = 4

6 Stärken

Das Qualitätsmanagement hat am Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol eine längere Tradition. Die Spitalleitung hatte sich schon 1996 entschieden, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Fünf der sieben aktuellen Standards werden seit rund 10 Jahren bearbeitet. Das Spital hat sich in den Jahren 1998 und 2001 einem Vor-Audit unterzogen. Die Qualitätskultur ist damit in diesem Haus solide verankert worden, auch wenn es in der Vergangenheit Zeiten gab, in denen vorübergehend etwas weniger emsig an der Qualität gearbeitet wurde. Es herrschen allgemein ein hohes Qualitätsbewusstsein und ein weit verbreiteter Wille zur Qualitätsförderung. Die Spitalleitung fördert das Qualitätsmanagement mit ihrem starken persönlichen Engagement und mit Fachkompetenz und wird dabei vom Spitalrat tatkräftig unterstützt.

Die Teilnahme von Herrn Viktor Peer, Ramosch, Frau Monika Toutsch, Zernez, und Herrn Angelo Andina, Tschlin, als Mitglieder des Spitalrates sowie von etlichen Mitgliedern der Vereinigung „Freundinnen und Freunde des OEB“ an der Schlussinformation belegt das grosse Interesse der vorgesetzten Behörde und der Talschaft an Fragen der Leistungsqualität dieses Spitals.

Als weitere Stärken sind dem Audit-Team die gute und übersichtlich gestaltete Dokumentation, die vielfältigen Anstrengungen zur Informationsvermittlung über das Qualitätsmanagement spitalintern sowie die vorbildliche Öffentlichkeitsarbeit aufgefallen.

Die Standardverantwortlichen wissen sich zu bestimmten Themen fachkompetente Unterstützung aus anderen Spitälern zu beschaffen. Es bestehen beispielsweise interessante Kooperationen mit dem Kantonsspital Graubünden Chur (Infektiologie) und dem Kantonsspital Baden (Wundmanagement).

Mehrmals sind die Peers auf originelle und innovative Lösungen gestossen, die von den Qualitätszirkeln mit Phantasie und pfiffigen Ideen entwickelt worden sind. Zu nennen sind hier beispielsweise das attraktive Beschwerdeformular in den Ampelfarben und das „Qualitäts-Quiz“.

Das Qualitätsmanagement ist in nahezu allen bearbeiteten Themen stark darauf ausgerichtet, die Verbindungen zu den spitalexternen Partnern im Versorgungsnetz zu optimieren. Als Beispiele seien die Anstrengungen zum Informationsaustausch und zur Sicherung der Behandlungskontinuität in der Schmerzbekämpfung, im Wundmanagement und in der Rettungskette erwähnt.

Positiv aufgefallen ist den Peers die hohe Entwicklung der Messkultur in einzelnen Standards. Das Spital ist beispielsweise bezüglich der Notfallversorgung und Rettung in der Lage, die Entwicklung der Leistungsqualität mit aussagekräftigen Kennzahlen zu kontrollieren und gegenüber Dritten auszuweisen. Diese Kennzahlen werden mit validierten Instrumenten erhoben und sind zudem Benchmark-fähig, so dass verlässliche Referenzwerte aus anderen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Wo diese Messkultur noch nicht so weit entwickelt ist, bestehen gute Voraussetzungen und Absichten, entsprechende Entwicklungen einzuleiten (zum Beispiel in der Chirurgie mit AQC und in der Pflege mit der Decubitus-Indikatorenmessung von H+S Graubünden).

Die Anstrengungen zur Sicherung und Förderung der Qualität beschränken sich nicht nur auf die Umsetzung der Qualitätsstandards der Stiftung sanaCERT Suisse, sondern umfassen weitere Projekte, die nicht Gegenstand dieses Audits waren: Risikoanalyse durch eine externe Beratungsfirma im Juni 2005, Teilnahme am gesamtschweizerischen Pilot-Projekt

CIRRNET (Critical Incident Reporting and Reacting Network), Mitarbeiterbefragung und Befragung der zuweisenden Ärzteschaft.

Das Spital nimmt oder nahm die Dienste folgender externer Mess-Organisationen in Anspruch:

- NPO Plus, Institut für Meinungs- und Sozialforschung, Lachen;
- Verein Outcome Zürich, Projekt „emerge“ (2005);
- Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie AQC (seit 1998).

7 Verbesserungspotenziale

Das Zertifizierungs-Audit hat sich auf die Überprüfung des Qualitätsmanagements der Akutabteilung konzentriert. Diese Beschränkung war auf dem Hintergrund der unklaren Zukunft der Pflegeabteilung sicher gerechtfertigt. Gleichzeitig bestehen Pläne zur intensiveren Zusammenarbeit mehrerer Institutionen auf dem Platze Scuol in Richtung polyvalentes „Gesundheitszentrum Unterengadin“. Im Spital selber könnten mittel- und längerfristig Angebote für Palliative Care und Komplementärmedizin aufgebaut werden. Diese Umstrukturierungen sollten frühzeitig in die Überlegungen zur Qualitätsstrategie und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements einbezogen werden.

Das Ospidal d'Engiadina Bassa hat bis zu diesem Audit sechs von sieben Standards umfanglich erfüllt. Dies stellt sicher eine komfortable Grundlage dar, um bis zum nächsten Re-Zertifizierungs-Audit einen achten Standard zur Bearbeitung aufzunehmen.

Das Spital hat in den letzten Jahren zu verschiedenen Themen immer wieder Erhebungen und Messungen durchgeführt und interessante Ergebnisse ermittelt. Die Peers hatten bei mehreren dieser Projekte jedoch den Eindruck, dass das ermittelte Verbesserungspotential noch nicht optimal genutzt worden ist und dass weder das Projekt insgesamt noch die angewandten Erhebungsmethoden hinreichend evaluiert worden waren.

8 Bearbeitete Standards

Grundstandard Qualitätsmanagement

Gültigkeitsbereich: Akutabteilung

Verantwortlich: Hans-Peter Sinniger, Direktor; Angelo Andina, Mitglied des Spitalrates; Ursula Cadonau-Schneider, Qualitätsbeauftragte; Dr. med. Joachim Koppenberg, Medizinischer Leiter; Anita Noggler, dipl. AKP, HöFa I, Pflegedienstleitung.

Niveau D:

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

Das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol verfügt über ein solides Qualitätsmanagementsystem und ist in der Lage, mittels Messungen den Nachweis zu erbringen, dass die der Qualitätsentwicklung vorgegeben Ziele erreicht werden.

Zum Standardelement 1

Qualitätsziele wurden 2005 festgelegt und 2006 revidiert und in Kraft gesetzt. Sie thematisieren folgende Aspekte:

1. Orientierung an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, der Kunden und Partner;
2. Zufriedenheit der Mitarbeitenden;
3. Minderung von Sicherheitsrisiken für Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende, Besuchende und Spitalumgebung.

Die Befragung ausgewählter Auskunftspersonen durch die Peers hat ergeben, dass diese Qualitätsziele im Spital bekannt sind.

Zum Standardelement 5

Die absolvierten Weiterbildungen der Mitglieder der Qualitäts-Kommission und der Qualitätsbeauftragten sind dokumentiert. Die Kursunterlagen sind jeweils allen Interessierten zugänglich. Ein Weiterbildungskonzept ist verfügbar. Allerdings fehlen darin konkrete Vorgaben zur Frage, wie der Weiterbildungsbedarf dieser Zielgruppe im Einzelnen ermittelt wird. Es fehlen Überlegungen zum Ist-Zustand und zur längerfristigen Strategie. Die Peers erhielten den Eindruck, dass das Spital einerseits Wünsche nach Weiterbildung möglichst freizügig erfüllt, dass aber andererseits jedermann gewissermassen für sich selber bestimmt, ob eine bestimmte Weiterbildung für ihn angesagt ist oder nicht. Es fehlen Regeln, wie die Prioritäten ermittelt und bestimmt werden. Die Peers regen an, dass die Qualitäts-Kommission für die nächsten Jahre den Weiterbildungsbedarf für ihre Mitglieder und für die Qualitätsbeauftragte definiert.

Zum Standardelement 6

Die Statistik über das Beschwerdemanagement weist für 2006 insgesamt 11 erledigte Fälle auf. Sieben Beschwerden stammten von Patientinnen und Patienten, 4 von Angehörigen. Acht Beschwerden hatten Konsequenzen organisatorischer oder betrieblicher Art. Die Peers nahmen Einsicht in die entsprechenden Unterlagen und bestätigen, dass das Spital über ein funktionierendes Beschwerdemanagement verfügt.

Zum Standardelement 7

Erstmals hatte das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol dem Audit-Team eine Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen vorzulegen. Das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol löste diese Aufgabe vorbildlich. Die Liste vom 10. September 2006 umfasst insgesamt 19 Themen, nennt zu 16 Themen die verantwortliche Person, bietet damit einen eindrücklichen Überblick über die Vielzahl der Gesetze, welchen ein Akutspital unterworfen ist, und lässt den damit verbundenen Aufwand erahnen. Die Liste sollte laufend ergänzt und auf dem neuesten Stand gehalten werden.

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

Zur Selbstbewertung

In den Unterlagen des Spitals zur Vorbereitung der Peers auf das Audit ist zu jedem Standard ein Selbstbewertungsbericht enthalten. Die Standardverantwortlichen bewerteten die Erfüllung jedes Standardelements, kommentierten die Ergebnisse und formulierten Aufträge zu Verbesserungsmassnahmen im Hinblick auf das Zertifizierungs-Audit. Die Selbstbewertungsberichte sind unterschiedlich datiert. Sie wurden im Zeitraum August/September 2006 verfasst. Das gewählte Verfahren war offensichtlich von Nutzen, ermöglichte es doch bei mehreren Standards eine Optimierung der Vorbereitungen und Unterlagen. Damit ist grundsätzlich belegt, dass die Selbstbewertung und der gemeinsame Lernprozess im Ospidal d'Engiadina Bassa gut funktionieren.

Immerhin sehen die Peers Möglichkeiten, dieses wichtige Instrument noch besser einzusetzen. Mit Vorteil ist die Selbstbewertung eines Standards von Kolleginnen und Kollegen durchzuführen, die nicht direkt für diesen Standard verantwortlich sind. Damit kann man einerseits der Gefahr einer gewissen „Betriebsblindheit“ vorbeugen und sich andererseits dem kritischen Urteil möglichst unbefangener Dritter aussetzen. Die Selbstbewertung wird in der Regel auf der Grundlage von internen Audits durchgeführt. Die Personen, welche interne Audits durchführen, sollten für diesen Vorgang gut ausgebildet und vorbereitet sein. Der Zeitpunkt der Durchführung einer Selbstbewertung darf künftig noch etwas früher angesetzt werden, so dass bis zum externen Audit tatsächlich ausreichend Zeit bleibt, um aufgrund der Erkenntnisse aus den internen Audits allenfalls noch wesentliche Verbesserungen in die Wege zu leiten.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement allgemein:

- *Zufriedenheitsindex ärztlicher Zuweisender 2004*
- *Zufriedenheitsindex der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 2004*
- *Zufriedenheitsindex der stationären Patientinnen und Patienten (2005)*
- *Wissensstand der Mitarbeitenden zum QM*

Mögliche künftig zu ermittelnde Kennzahlen für das Qualitätsmanagement allgemein (Anregungen):

- *Unvorhergesehene bzw. nicht geplante Wiederaufnahme innerhalb von 7 bzw. 14 Tagen nach der Entlassung*
- *Fluktuationsrate im Personal: Anzahl ausgetretene Angestellte (ohne Altersrücktritte und Austritte wegen Mutterschaft; ohne Lernende) zur Gesamtzahl der Angestellten (ohne Lernende)*
- *Absentismus: Anzahl der Absenztage (nur Krankheits- und Unfalltage; ohne Geburtsurlaub, Militärurlaub, Bildungsurlaub, bezahlten oder unbezahlten Urlaub) zur Gesamtzahl der Beschäftigungstage*
- *Ausgaben für Weiterbildung zu den Gesamtausgaben für Lohn und Sozialzulagen*
- *Anzahl Weiterbildungstage zur Gesamtzahl der Beschäftigungstage*
- *Anzahl der NutzniesserInnen von Weiterbildungsveranstaltungen zur Gesamtzahl der Angestellten*

spezifisch zum Qualitätsziel 2006 „Minderung von Sicherheitsrisiken für Patienten, Mitarbeitende, Besuchende und Spitalumgebung“ (Anregungen)

- *Sturzhäufigkeit (Anzahl Stürze auf 1000 Pflage tage)*
- *Verletzungsindex*
- *Komplikationenrate (z. B. aus der AQC-Erhebung)*

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Gültigkeitsbereich: Akutabteilung, einschliesslich Verpflegungsbereich, Rettungsdienst und Entsorgung von Spitalabfällen, Physiotherapie, Arztpraxen

Verantwortliche: Hygienekommission:
Dr. med. Reto Tissi, Facharzt FMH Orthopädie, Co-Chefarzt Chirurgie; Renate Kölle-
mann, dipl. Pflegefachfrau, Hygieneberaterin, Pflegeleitung OP; Yvonne Brunner, dipl.
Pflegefachfrau, OP, Rettungsdienst; Vreni Luppi, Pflegedienstleitung; Anita Noggler,
dipl. AKP, HöFa I, Pflegedienstleitung; Angelika Palaia, hauswirtschaftliche Betriebs-
leiterin; Mario Taisch, Technischer Dienst

Beratung der Hygienekommission:
Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin; Dr. med. Clemens Neumeier, Co-Chefarzt Me-
dizin; Dr. med. Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie; Dr. med. Felix Fleisch, Infektiolo-
gie Kantonsspital Graubünden Chur; Corina Weber, Beraterin für Spitalhygiene Kan-
tonsspital Graubünden Chur

Niveau D:

Die Elemente des Standards 1 „Infektionsprävention und Spitalhygiene“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Am Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol ist ein gut eingespieltes Team zur Vermeidung noso-
komialer Infektionen an der Arbeit. Das Spital verfügt über Richtlinien und Verhaltensan-
weisungen zum Umgang mit bestimmten Infektionserregern (wie MRSA, Noroviren).
Diese Richtlinien sind umfassend und handlich im Umgang. Die Peers regen an, diese
Richtlinien nach einer definierten Prozedur regelmässig auf ihre Aktualität hin zu über-
prüfen.

Die Peers haben sich anlässlich der Begehungen erkundigt, ob die Mitarbeitenden wissen,
wie und wo sie Informationen bezüglich Spitalhygiene und Infektionsprävention abrufen
können. Diese Aufgabe wurde in allen beobachteten Fällen gut oder zumindest befriedi-
gend gelöst. Die Peers kontrollierten ferner, ob die Mitarbeitenden über das Vorgehen
nach Stich- und Schnittverletzungen zur Vermeidung von Infektionen (HIV, Hepatitis B/C)
instruiert sind, und können bestätigen, dass alle diesbezüglich befragten Auskunftsperso-
nen darüber gut Bescheid wussten.

Das Spital verfügt in der Person von Frau Renate Köllemann über eine engagierte und ini-
tiative Hygieneverantwortliche (mit einem Arbeitspensum von 20 %). Diese berät sich bei
Bedarf mit den Fachleuten für Infektiologie am Kantonsspital Graubünden in Chur (Herr
Dr. med. Felix Fleisch, Leitender Arzt für Spitalhygiene; Frau Corina Weber, Beraterin für
Spitalhygiene). Ein umfassendes Hygiene-Audit führte Frau Corina Weber letztmals im
Herbst 2005 durch und erstattete einen umfangreichen Bericht mit Empfehlungen. Die
Peers regen an, dass das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol diese Zusammenarbeit mit dem
Zentrumsspital vertraglich regelt.

Eine weitere Begehung durch Herrn Beat Anderhub, Hygiene-Techniker in Meggen LU er-
folgte letztmals im September 2005. Dieser führte hygienisch-mikrobiologische Untersu-
chungen in der Küche, im Notfall, im OP-Bereich, auf den Pflegeabteilungen, im Wachsaal
und im Säuglingszimmer durch. Die Standardverantwortlichen sehen den Nutzen dieser
Art von Begehungen in der Motivierung des Personals für die Belange der Spitalhygiene.

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.	teilweise erfüllt	Die Erfassung von Nosokomialinfekten könnte noch auf weitere Bereiche ausgedehnt werden
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt.	erfüllt	
5. Mitglieder der Hygienekommission haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Feld besucht.	teilweise erfüllt	Fortbildungen finden regelmässig statt und werden dokumentiert, aber ein eigentlicher Fortbildungsplan für die kommenden 12 bis 18 Monate lag nicht vor.
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 Peers empfehlen Ihnen, die Hygiene-Audits externer Fachleute durch regelmässige Hygiene-Visiten spitalinterner Auditorinnen und Auditoren unter der Anleitung der Hygieneverantwortlichen zu ergänzen. Die wesentliche Wirkung solcher Hygiene-Visiten ergibt sich aus der persönlichen Präsenz und dem direkten Austausch mit den Mitarbeitenden der einzelnen Bereiche.

Mit Interesse nahmen die Peers ferner Kenntnis vom Entsorgungskonzept. Dessen Umsetzung soll künftig ebenfalls durch Hygiene-Visiten systematisch überprüft werden.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement in der Spitalhygiene und Infektionsprävention

- Keimmonitoring MRSA
- Anzahl Nadelstichverletzungen
- Postoperative Infekte Chirurgie (aus der AQC-Statistik)
- Wissensstand der Mitarbeitenden über Massnahmen und Richtlinien zur Infektionsprävention

Mögliche künftig zu ermittelnde Kennzahlen (für 2007 angekündigt):

- Infektionsrate im Zusammenhang mit Schmerzkatheteranwendungen
- Händehygienebeobachtungen

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Gültigkeitsbereich: alle für das Spital relevanten Patientensegmente; alle im Spital durchgeführten Erhebungen; alle Stellen mit Patientenkontakten.
(Ausgenommen sind die Patientinnen und Patienten der Arztpraxen).

Verantwortlich: Hans-Peter Sinniger, Direktor; Claudia Crastan, Chefsekretärin Medizin; Vreni Luppi, Pflegedienstleitung; Ursina Peer, Leiterin Physiotherapie.

Niveau D:

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

Dem Ospidal d’Engiadina Bassa stehen folgende Erhebungen von Patientenurteilen zur Verfügung:

- die schriftliche Befragung stationärer Patientinnen und Patienten (durch die Firma NPO Plus);
- die Zusammenstellung der Freitext-Äusserungen aus den NPO Plus-Erhebungsbogen;
- die permanente interne Erhebung von Patientenrückmeldungen mit dem Formular in den Ampelfarben („Meinungsumfrage“), das sich sowohl an ambulante als auch stationäre Patientinnen und Patienten richtet;
- Befragungen mit ‚hausgemachten‘ bereichsspezifischen Erhebungsinstrumenten in einzelnen Bereichen, wie z.B. in der Physiotherapie, im Rettungsdienst und in der Schmerzbekämpfung;
- Zusätzlich Patientenbefragungen im Rahmen der Messung „emerge“ mit dem Verein Outcome

Die Ergebnisse der NPO Plus-Erhebung von 2005 und aus den anderen Quellen wurden jeweils in der Spitalleitung besprochen. Die darüber verfassten Aktennotizen wurden im Haus breit gestreut. Die Ergebnisse waren ferner Thema von schriftlichen Mitteilungen an das Personal.

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 Patienten“ angelegt ist.	teilweise erfüllt	Die mittelfristige Strategie ist noch unklar.
4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können	erfüllt	

Die Ergebnisse der NPO Plus Erhebung von 2005 hatten unter anderem folgende Konsequenzen:

- Der Kritik über mangelnde Information anlässlich des Austrittsgespräches über mögliche Nebenwirkungen der mitgegebenen Medikamente wurde mit der Entwicklung einer Austrittscheckliste begegnet.
- Damit Patientinnen und Patienten künftig klarer wissen, welche ärztliche bzw. pflegerische Bezugsperson für sie zuständig ist, wurden Ärzte und Pflegende angewiesen, sich den Patientinnen und Patienten jeweils persönlich vorzustellen. Zudem wurde eine Dolmetscherliste erstellt, um die Kommunikation mit anderssprachigen Patientinnen und Patienten zu unterstützen.
- Zwecks Komfortsteigerung wurde im Spital eine Internet-Ecke eingerichtet.

Diese Liste belegt, dass Patientenrückmeldungen in diesem Spital ernst genommen werden und Änderungen auslösen können.

Das Audit-Team hat sich intensiv mit Ihren diversen Erhebungen auseinandergesetzt und kam zu folgenden Schlüssen:

- Das Bedürfnis des Spitals nach einer Kombination verschiedenartiger Erhebungen zu verschiedenen Zeitpunkten wird grundsätzlich anerkannt und ist sicher geeignet, Ihr erstes übergeordnetes Qualitätsziel zu verwirklichen, nämlich Ihre Leistungen bestmöglich an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten, Kunden und Partner zu orientieren.
- Die Peers haben sich gefragt, ob tatsächlich in jedem Fall gewährleistet ist, dass Patientinnen und Patienten während ihrer Behandlung nicht mehrmals in eine Erhebungsstichprobe geraten. Sie regen an, nicht nur die Erhebungszeiträume, sondern auch die erfragten Inhalte der verschiedenen Erhebungen sowie die Auswertungen grundsätzlich immer zentral zu koordinieren.
- Die Rücklaufquote der NPO Plus-Erhebung von 2005 (rund 44 %) wird vom Audit-Team als unbefriedigend bewertet. Im Hinblick auf eine allfällige weitere NPO-Plus-Erhebung sollten dennoch Überlegungen angestellt werden, wie durch organisatorische und andere Massnahmen die Rücklaufquote verbessert werden kann.
- Unklar ist die mittelfristige Strategie. Sie sind als Spital in der Wahl der zu erhebenden Themen, in der Wahl der Erhebungsmethode, in der Wahl der Zielgruppen und in der Bestimmung des Erhebungszeitraumes grundsätzlich frei. Damit Sie die richtigen Entscheide treffen können, sollten Sie sich eine Strategie über mehrere Jahre zurecht legen. Da erfahrungsgemäss ein Zyklus von der Erhebung über die Auswertung bis zur Umsetzung von Massnahmen jeweils mindestens zwei bis drei Jahre dauert, sollte eine solche Strategie etwa zwei Zyklen à je zwei bis drei Jahre abdecken.

Die Peers haben auf ihren Rundgängen im Gespräch mit mehreren Auskunftspersonen das Thema Patientenorientierung der Mitarbeitenden angesprochen und dabei feststellen können, dass die Auskunftspersonen die Bedeutung von Patientenurteilen im erwünschten Ausmass nachvollziehen konnten.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement bezüglich Erhebung von Patientenurteilen:

- *Rücklaufquoten*
- *Indices der Patientenzufriedenheit*

Standard 5: Schmerzbekämpfung

Gültigkeitsbereich: alle postoperativen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten; alle Tumorschmerzpatientinnen und -patienten (ohne Pflegeabteilung)

Verantwortlich: Dr. med. Joachim Koppenberg, Chefarzt Anästhesie; Anita Noggler, dipl. AKP, HöFa I, Pflegedienstleitung

Berater der Kerngruppe Schmerz: Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin; Dr. med. Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie.

Mitglieder der Untergruppen Schmerz:

Präklinische Schmerztherapie: Mario Bauer, Betrieblicher Leiter Rettungsdienst

Perioperative Schmerztherapie: Dr. med. Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie; Dr. med. Clemens Neumeier, Co-Chefarzt Medizin; Renate Köllemann, dipl. Pflegefachfrau, Hygieneberaterin, Pflegeleitung OP; Hedy Brunner, dipl. Hebamme; Michael Görlach, dipl. Physiotherapeut

Niveau D:

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

Das Ospidal d’Engiadina Bassa Scuol verfügt seit längerem über ein einheitliches Schmerzkonzept für die präklinischen und klinischen Bereiche, das von allen Chefärzten und Co-Chefärzten mitgetragen wird. Damit ist in Fragen der Schmerzbekämpfung ein interdisziplinärer Konsens erreicht, was für die allgemeine Akzeptanz des Konzepts und für die Compliance entscheidend ist.

Die Standardverantwortlichen haben Massnahmen ergriffen, um nach der Entlassung aus dem Spital auch die Hausärzte und den Spitex-Dienst in die lückenlose Fortsetzung der Schmerzbehandlung einzubeziehen. Die Infomappe „Sainza mal“ wurde aktualisiert und ist auch im Intranet zugänglich. Auf den Abteilungen und Stationen sowie im Rettungsdienst sind „Schmerzboxen“ verfügbar, welche Hilfsmittel zur Schmerzbekämpfung für die Ärztinnen und Ärzte in der täglichen Routine enthalten.

Auf allen überprüften Abteilungen und Stationen haben die Peers festgestellt, dass Schmerzprotokolle zur Anwendung gelangen. Die Peers haben stichprobenweise überprüft, ob die Protokolle wie vorgeschrieben geführt werden, und bestätigen, dass dies in allen zur Einsicht verlangten Dossiers der Fall war.

Die Bewertung des Standards 5	Bewertung	Was noch fehlte
1. Das Spital besitzt Handlungsanleitungen zur postoperativen Schmerzbekämpfung und zur Schmerzbekämpfung bei Krebskranken.	erfüllt	
2. Die Umsetzung dieser Handlungsanleitungen wird beim Pflegepersonal, bei den Ärzten und auch bei Patienten überprüft.	erfüllt	
3. Die Resultate aus der Überprüfung der Umsetzung werden kommuniziert, und wenn nötig werden die Handlungsanleitungen angepasst.	erfüllt	

Der Einsatz von visuell-analogen Skalen erfolgt bei allen urteilsfähigen und ansprechbaren Patientinnen und Patienten. Bei Kleinstkindern wird zur Schmerzerfassung die sog. KUSS-Skala angewandt. Für ältere nicht oder nur eingeschränkt kommunikationsfähige Patientinnen und Patienten kommt die ECPA-Skala (ECPA = Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) zum Einsatz.

Die Ergebnisse der NPO Plus-Erhebung von Patientenurteilen im Jahr 2005 wurden von den Standardverantwortlichen sorgfältig analysiert. Aufgrund der Auswertungen wurden verschiedene Massnahmen eingeleitet und umgesetzt. Gleiches gilt in Bezug auf die Ergebnisse der spitalinternen Befragungen von Schmerzpatienten. Die Peers würdigen die Bemühungen des Teams, aus den Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten sofort zu lernen und notwendige Korrekturmassnahmen einzuleiten.

Die Peers bewerten diesen Standard als umfänglich erfüllt. Es steht aktuell nur noch ein aktualisiertes Konzept zur Bekämpfung chronischer Schmerzen aus. Eine besondere Würdigung verdienen auch die vielfältigen Anstrengungen der Standardverantwortlichen, die Schmerzphilosophie des Spitals und die wichtigsten Elemente der Schmerztherapie mittels Zeitungsartikel einer weiteren Öffentlichkeit nahe zu bringen.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement in der Schmerzbekämpfung

- *Mittels der Ergebnisse der NPO Plus Erhebungen 2001, 2002 und 2005 sowie den perioperativen Befragungen 2001 und 2006 wurde die Zufriedenheit stationärer Patientinnen und Patienten mit der Schmerzbehandlung überprüft.*
- *Zufriedenheitsindices Pflegende 2001 und 2006*
- *Zufriedenheitsindices Ärztinnen und Ärzte 2001 und 2006*

Standard 9: Pflege

Gültigkeitsbereich: Akutabteilung

Standardverantwortliche: Anita Nogglar, dipl. AKP, HöFa I, Pflegedienstleitung; Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin

Kerngruppe „Behandlung chronischer Wunden“: Vreni Luppi, dipl. AKP, Pflegedienstleitung, Wundberaterin in Ausbildung; Anita Nogglar, dipl. AKP, HöFa I, Pflegedienstleitung

Beraterin: Doris von Siebenthal, Pflegeexpertin HöFa II, Kantonsspital Baden

Niveau C:

Die Elemente des Standards 9 „Pflege“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung in substantiellem Ausmass erfüllt.

Am Ospidal d’Engiadina Bassa Scuol ist seit 1. Juni 2006 der Pflegestandard „Behandlung chronischer Wunden“ in Kraft. Die Standardverantwortliche, Frau Vreni Luppi, befindet sich zur Zeit in einer Ausbildung zur Wundberaterin. Seit 2001 bestehen fachliche Kontakte zur Wundberaterin am Kantonsspital Baden, Frau Doris von Siebenthal. Diese hat die am Ospidal d’Engiadina Bassa zur Anwendung gelangenden schriftlichen Unterlagen fachlich überprüft.

Die Zeit seit der Einführung des Pflegestandards war zu kurz, um die Umsetzung und Tauglichkeit des Pflegestandards zu überprüfen. Der Qualitätsregelkreis konnte also noch nicht vollendet werden, was aber bei den Peers auf Verständnis stiess. Die Vorbereitungen für eine Überprüfung sind getroffen worden: Eine Checkliste zur Befragung der Patientinnen und Patienten sowie ein Befragungsinstrument zur Ermittlung des Wissensstandes von Pflegenden sind bereits verfügbar.

Die Bewertung des Standards 9	Bewertung	Was noch fehlte
Pflegende arbeiten mit Pflegestandards.	erfüllt	
1. Die Pflegestandards sind Bestandteile des Qualitätsmanagementkonzeptes des Spitals.	erfüllt	
2. Die Pflegestandards sind in das Gesamtkonzept zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Pflege integriert.	teilweise erfüllt	Die vorliegenden schriftlichen Konzepte und Unterlagen sind noch besser in die Praxis umzusetzen.
3. Bei der Formulierung und der Umsetzung der Pflegestandards wurde und wird der Wirtschaftlichkeit des pflegerischen Handelns Rechnung getragen.	nicht bewertet	Begründung: Die Peers haben sich entschieden, das Standardelement 3 nicht in die Bewertung einzubeziehen.

Der Pflegestandard „Behandlung chronischer Wunden“ ist im Haus gut eingeführt. Die Peers befragten auf ihrem Rundgang Pflegenden und stellten fest, dass die Auskunftspersonen darüber gut Bescheid wussten. Die Peers stellten fest, dass das zur Verfügung stehende klinische Informationssystem PHOENIX gute Rahmenbedingungen zur Dokumenta-

tion der Wundbehandlung bietet. Mustergültig organisiert ist auch die Nachbetreuung. Spitexdienst, Hausarzt oder andere nachbetreuende Stellen erhalten einen ausführlichen Austrittsbericht mit Instruktionen zur Fortsetzung der Wundbehandlung.

Was noch fehlt, ist der quantitative Qualitätsnachweis. Es sind noch keinerlei Kennzahlen zum Qualitätsmanagement in der Wundbehandlung verfügbar. Es ist beabsichtigt, ab 2008 mit dem Formular „Decubituserfassung“ der Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren der Pflegekaderkonferenz des Verbandes Heime und Spitäler Graubünden zu arbeiten.

Zum Standard 9 „Pflege“ sind ferner folgende Unterlagen verfügbar:

- Pflegeleitbild (erstellt 2001, revidiert 2007)
- Pflegekonzept (2001)
- Strategie zur Erstellung eines Pflegestandards (2006)
- Qualitätskriterien für Pflegestandards (2006)
- Einführen eines Standards (2006)
- Konzept zur Selbstüberprüfung und Fremdüberprüfung in der Pflege (2006)
- Fort- und Weiterbildungen 2006

Die Peers empfehlen Ihnen, diese Konzepte und Unterlagen nun schrittweise in die Alltagspraxis umzusetzen.

Möglicherweise künftig zu ermittelnde Kennzahlen für das Qualitätsmanagement in der Pflege (Anregungen)

Zum Wundmanagement:

- Compliance von Pflegenden und Arztdienst mit dem Wundmanagement
- Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der Wundbehandlung
- Wirksamkeit der Schmerzbekämpfung bei Verbandswechsel

Decubituserfassung:

- Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer vorgenommenen Risikoeinschätzung
- Anteil der Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Decubitusrisiko
- Decubitusinzidenz bzw. Decubitusprävalenz
- Gradeinteilung der Decubitus
- Anteil der Patientinnen und Patienten mit Verschlechterung eines vorbestehenden Decubitus

Pflege allgemein:

- Qualifikation des Pflegepersonals (Anzahl diplomiertes Pflegepersonal zur Gesamtzahl der Pflegenden)
- Anzahl Weiterbildungstage zur Gesamtzahl der Beschäftigungstage in der Pflege
- Anzahl der NutzniesserInnen von Weiterbildungsveranstaltungen zur Gesamtzahl der Pflegenden

Freier Standard Rettungsdienst

Gültigkeitsbereich: Rettungsdienst (ohne Stützpunkte Samnaun und Zernez)

Verantwortlich: Mario Bauer, Betrieblicher Leiter Rettungsdienst, Aldo Sala, dipl. Rettungssanitäter; Dr. med. Joachim Koppenberg, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Notfallarzt; Kassian Eller, Transporthelfer

Niveau D:

Die Elemente des freien Standards „Rettungsdienst“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Um es vorweg zu nehmen: Das Einzige, was diesem Rettungsdienst eigentlich noch fehlt, ist die formelle Anerkennung durch den Interverband für Rettungswesen IVR, und auch diese ist für das Jahr 2007 geplant. Bereits ist ein entsprechender Auftrag seitens der Spitaldirektion ergangen, und die Anmeldung ist beim IVR deponiert.

Die Bewertung des freien Standards „Rettungsdienst“	Bewertung	Was noch fehlte
1. Rettung und Betreuung achten die Würde und Integrität der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen haben ein Recht auf situationsgerechte Information und Beratung. Sie werden in Entscheidungen über Behandlungen und Transporte nach Möglichkeit einbezogen.	erfüllt	
2. Der Rettungsdienst verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt ist, wie Patientinnen und Patienten fachgerecht gerettet und betreut werden. Das Konzept ist inhaltlich mit den Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR abgestimmt.	erfüllt	
3. Das Konzept unterscheidet zwischen Primär- und Sekundäreinsätzen. Es umfasst Regeln und Algorithmen sowie Ergebniskriterien zur Beurteilung der Primäreinsätze. Es regelt ferner die Zuständigkeiten, die Koordination und Zusammenarbeit mit den Partnern der Rettungskette im Einzugsgebiet und die Übergabe der Patientinnen und Patienten an den Notfalldienst.	erfüllt	
4. Im Konzept sind die strukturellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (Personal, Transportmittel, Räume, etc.) zu dessen Umsetzung aufgeführt. Im Konzept sind Weiterbildung des Teams und fachliche und psychologische Debriefings berücksichtigt.	erfüllt	
5. Die Erfassung der Konsequenzen aus dem Konzept ist gewährleistet. Die aus der Evaluation gewonnenen Erkenntnisse werden im Team bewertet und haben – wenn nötig – Anpassungen des Konzepts zur Folge.	erfüllt	

Die Peers haben mustergültig strukturierte und auffallend sorgfältig gestaltete Unterlagen (z. B. Betriebshandbuch, Einführungsmappe für neu eintretende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) vorgefunden. Die Dokumentationen sind vollständig und aktualisiert.

Speziell zu würdigen sind jene Elemente der Qualitätssicherung, welche die Minimalanforderungen des IVR übertreffen:

- Im Zeitraum März bis Mai 2006 wurde eine Erhebung der Zufriedenheit bei 25 Geretteten durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse liegen vor und wurden kommentiert. Bereits sind auch Konsequenzen gezogen, Verbesserungsmaßnahmen konzipiert und umgesetzt worden.
- Eine Richtlinie zum Umgang mit Personen, welche den Transport durch den Rettungsdienst verweigern, ist ausgearbeitet, eingeführt und instruiert worden. Das Einsatzprotokoll wurde entsprechend angepasst.
- Das Schmerzbekämpfungskonzept des Spitals gilt auch für die präklinischen Bereiche. Es wurde im Rettungsdienst eingeführt und instruiert.
- Das Debriefing wurde in die Weiterbildung integriert. In regelmässigem Rhythmus werden ausserordentliche Fälle im Team nachbearbeitet.
- Organisatorische Verbindungen bestehen zum „Care-Team Grischun“, das bei Bedarf aufgeboten werden kann.
- Allfälliger Weiterbildungsbedarf wird ermittelt, indem der Medizinische Leiter des Spitals (ein ausgebildeter Notarzt) alle Einsatzprotokolle NACA I bis NACA III persönlich kontrolliert und beurteilt.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst

Der Rettungsdienst ist an die Kenndatenbank und Statistik SALVAR des Kantons Graubünden angeschlossen. Entsprechende Kenndaten und Vergleichswerte aller Rettungsdienste im Kanton Graubünden sind für die Jahre 2003 bis 2005 im Internet unter www.gesundheitsamt.gr.ch/download/rd-kenndaten_2005.pdf veröffentlicht. Hieraus:

- *Ausrückzeiten bei Tag und bei Nacht*
- *Adäquate Teamzusammensetzung bei D1-Einsätzen*

Ferner:

- *Zufriedenheit der Geretteten 2006*

Freier Standard Notfallbehandlung

Gültigkeitsbereich: Notfallstation

Verantwortlich: Dr. med. Clemens Neumeier, Co-Chefarzt Medizin; Dr. med. Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie, Renate Köllemann, dipl. Pflegefachfrau, Hygieneberaterin, Pflegeleitung OP

Niveau D:

Die Elemente des freien Standards „Notfallbehandlung“ sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Die langjährigen Entwicklungsarbeiten zu diesem Thema haben sich gelohnt: Das Ospidal d’Engiadina Bassa Scuol verfügt heute über ein Qualitätsmanagement in der Notfallbehandlung, das sich sehen und auch schweizweit vergleichen lassen kann!

Nach dem gegenwärtigen Um- und Ausbau wird auch die zurzeit räumlich noch unbefriedigende Situation stark verbessert werden können. Was bereits weitgehend optimiert werden konnte, ist der „Patientenpfad Notfallbehandlung“. Dies ist an den im Herbst 2005 ermittelten Werten zu verschiedenen Prozesskenngrößen deutlich ablesbar. Auch bezüglich Dokumentation konnten mit der Umstellung auf die elektronische Erfassung der Erstverordnung grosse Fortschritte erzielt werden.

Die Bewertung des freien Standards „Notfallbehandlung“	Bewertung	Was noch fehlte
1. Das Spital verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt wird, wie Notfallpatientinnen und -patienten ab Spitaleintritt bis zum Ende der ambulanten Behandlung bzw. bis zu einer Operation bzw. bis zur Verlegung auf die Station oder in ein anderes Spital betreut werden.	erfüllt	
2. Das Konzept umfasst Regeln und Algorithmen sowie Ergebniskriterien zur Beurteilung der Notfallbehandlung.	erfüllt	
3. Im Konzept werden die strukturellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (Räume, Personal, etc.) zu dessen Umsetzung aufgeführt.	teilweise erfüllt	Der Umbau ist im Gang (erhoffte Wirkung: mehr Behandlungskabinen, bessere Abschirmung zur Wahrung der Privatsphäre und Vermeiden von Zugluft).
4. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.	erfüllt	

Ein „Blaubuch“ mit Algorithmen und Handlungsanweisungen befindet sich seit mehreren Jahren in Entwicklung. Es weist in den Kapiteln Traumatologie und Chirurgie noch einzelne Lücken auf, die in nächster Zeit geschlossen werden sollen. Die in Kraft gesetzten Richtlinien und Algorithmen werden durch die Kaderärzte systematisch überprüft und instruiert.

Das Team der Notfallstation beteiligte sich an der Messung „emerge“ des Vereins Outcome Zürich und ermittelte im Messzeitraum Oktober 2005 bis Dezember 2005 aus 176 Fällen wichtige Indikatoren zum Behandlungsablauf, zur Behandlungsqualität und zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten der Notfallstation. Die ermittelten Indikatorenwerte wurden mit den Werten von 11 weiteren Notfallstationen in der Deutschschweiz verglichen. Darunter befanden sich unter anderem fünf Privatkliniken und vier grosse öffentliche Spitäler aus der Agglomeration Zürich. Das Benchmarking fiel für die Notfallstation in Scuol in vielerlei Hinsicht erfreulich aus. Die Notfallbehandlung am Ospidal d’Engiadina Bassa muss (mit Ausnahme der Kriterien, welche die räumliche Infrastruktur betreffen) den Qualitätsvergleich nicht scheuen!

Die Messungen fanden in einer eher ruhigen Zwischensaison statt, wobei der Messzeitraum jeweils von der Projektleitung des Vereins Outcome gesamtschweizerisch vorgegeben wird, also nicht den Bedürfnissen des Ospidal d’Engiadina Bassa entsprechend angepasst werden konnte. Es ist zu hoffen, dass bei der Wiederholung der Messung, die für die Zeit nach dem Abschluss der Umbauten vorgesehen ist, eine Hauptsaison mit starker Beanspruchung der Notfallstation gewählt werden kann. Mit der Teilnahme am Projekt „emerge“ verfügt das Ospidal d’Engiadina Bassa jedenfalls auch in diesem sensiblen Bereich über validierte Instrumente zum eindrücklichen Nachweis der Behandlungsqualität und zu deren Vergleich mit anderen Notfallstationen.

Ermittelte Kennzahlen für das Qualitätsmanagement in der Notfallbehandlung

Teilnahme an der Outcome-Messung „emerge“ des Vereins Outcome Zürich (Messzeitraum: Oktober bis Dezember 2005), daraus speziell:

- *Erhebung der Patientenzufriedenheit (Wartezeiten, Räumlichkeiten, Beurteilung der Fachkompetenz des Personals, Vertrauen)*
- *Verweildauer auf der Notfallstation*
- *Grad der Übereinstimmung von Verdachtsdiagnose und Entlassungsdiagnose 2005 und 2006*

9 Auflage und Empfehlungen

Zwingende Auflage

Das Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol nimmt einen achten Standard zur Bearbeitung auf. (Frist: bis zum Re-Zertifizierungs-Audit.)

Zusammenfassung der Empfehlungen der Peers

- I. Die Peers empfehlen Ihnen, die Hygiene-Audits externer Fachleute durch regelmässige spitalinterne Hygiene-Visiten zu ergänzen.
- II. Die Peers empfehlen Ihnen, für die Erhebung von Patientenurteilen eine mehrjährige Strategie zu entwickeln.
- III. Die Peers empfehlen Ihnen, die für die Qualitätsentwicklung in der Pflege zur Verfügung stehenden Konzepte und Unterlagen in die Alltagspraxis umzusetzen und die Leistungsqualität in der Pflege mit wenigen ausgewählten Kennzahlen nachzuweisen.

10 Antrag und Dank

Antrag auf Zertifizierung

Gestützt auf die Ergebnisse des Zertifizierungs-Audits vom 22. und 23. November 2006 stellen die Peers der Zertifizierungskommission und dem Stiftungsrat den Antrag, das Qualitätsmanagementsystem des Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol zu zertifizieren.

Dank

Wir möchten allen Auskunftspersonen, den Mitgliedern der Spitalleitung und der Qualitätskommission und insbesondere der Qualitätsbeauftragten, Frau Ursula Cadonau-Schneider, für die gute Zusammenarbeit in der Vorbereitung und Durchführung des Audits herzlich danken.