

# Qualitätskriterien

Assessment

Psychiatrie

## Einleitung

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

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

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

Die im Kriterienkatalog festgelegten Mindeststandards, die wir uns für die Kunden der CSS Versicherung wünschen, wurden durch uns sehr sorgfältig erhoben und sind in der Regel mit Studien solide begründbar. Die Kriterien haben, je nach Priorisierung, eine unterschiedliche Gewichtung. Die Bewertung der Hauptkapitel ergibt sich aus der Summe der Ergebnisse der einzelnen Kriterien im Verhältnis zum maximal erreichbaren Ergebnis der Hauptkapitel (Hygiene, Pflege, Qualitäts- und Risikomanagement). Im Anschluss an ein Assessment wird bei der Bewertung der einzelnen Massnahmen berücksichtigt, dass verschiedene Vorgehensweisen und Ansätze in Spitälern / Kliniken zum gleichen Ziel führen können. Die durch uns verfassten Assessment - Berichte enthalten Empfehlungen, die als Anregung für die Etablierung neuer Qualitätsmassnahmen in den Spitälern / Kliniken dienen können.

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

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

# 1. Hygiene

---

1.
    - a. Die Klinik verfügt über ein Hygiene Konzept\*.
    - b. Das Konzept\* ist für alle Mitarbeitenden abrufbar.
  2.
    - a. Alle Mitarbeitenden der Einrichtung kennen das Hygiene Konzept\*.
    - b. Alle Mitarbeitenden wenden es in ihren Tätigkeitsbereichen an.
  3.

Die Zimmerreinigung und Desinfektion erfolgen nach anerkannten Hygieneempfehlungen (z.B. gemäss Empfehlungen RKI, SUVA und BAG).
  4.

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

In Anlehnung an das Messinstrument CleanHands von Swissnoso werden klinikinterne Erhebungen / Überprüfungen zur Händehygiene - Adhärenz durchgeführt.
  6.

Die Ergebnisse / Resultate der klinikinternen Erhebungen / Überprüfungen werden erfasst, analysiert und direkt kommuniziert (gemäss Modul CleanHands).
  7.

Eine hygieneverantwortliche Fachperson (z.B. Link Nurse) ist pro Abteilung / Station vorhanden.
-

## 2. Pflege

1.
  - a. Die Pflegefachpersonen richten sich nach Pflegestandards, die sich an anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren.
  - b. Die Klinik verfügt über eine qualifizierte Fachperson (BA Pflege / APN Psychiatrie, Fachexperte Psychiatrie, MAS Psychiatrie etc.), die die pflegerischen Standards überprüft, aktualisiert und Schulungen durchführt.

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

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

4. Sämtliches an der Behandlung, Pflege und Therapie beteiligtes Personal beherrscht die für die Mehrheit der Patienten gültige Landessprache.

5.
  - a. Auf eine Unterbesetzung beim Pflegefachpersonal wird zeitnah und adäquat reagiert (Umverteilung).
  - b. Ein Informations- und Handlungsprozess ist definiert.

6. Die Klinik setzt kein temporär arbeitendes Pflegepersonal von Verleihfirmen ein.

### 3. Qualitäts- und Risikomanagement

1. Die Klinik verfügt über Zertifikate, wie z.B. ISO 9001, SLH, QuaTheDa Suchthilfe etc.
2.
  - a. Die Klinik verfügt über ein Critical Incident Reporting System (CIRS).
  - b. Das Meldesystem ist allen Mitarbeitenden bekannt.
  - c. Die Meldungen werden analysiert, evaluiert und fliessen in die klinikinternen Qualitäts- und Prozessentwicklungen ein.
3.
  - a. Sämtliche für Patienten nachteilige Ereignisse, Komplikationen und unvorhersehbare Zwischenfälle (z. B. Medikamentenfehler, Stürze, nosokomiale Infektionen, Dekubitus etc.) werden in einen entsprechenden Dokumentationssystem als Komplikationsstatistik aufgenommen.
  - b. Es gilt interne Meldepflicht für alle Mitarbeitenden.
  - c. Entsprechende Gegenmassnahmen werden umgehend und belegbar eingeleitet.
4.
  - a. Es werden klinikinterne Befragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt.
  - b. Die Ergebnisse sind öffentlich abrufbar.
5. Eine klinikunabhängige Vertrauensperson / Ombudsstelle steht zur Verfügung.
6. Die Klinik informiert die fürsorglich untergebrachten Patienten über deren Recht (Erwachsenenschutzrecht, Art. 432 ZGB) eine unabhängige Vertrauensperson zu ernennen.
7.
  - a. Die Richtlinien der «SAMW» bezüglich Zwangsmassnahmen in der Medizin werden beachtet und umgesetzt.
  - b. Ein geeignetes Monitoring bei bewegungseinschränkenden Massnahmen ist vorhanden.
8. Die Klinik verfügt über ein Konzept\* zu Risiken wie Suizidalität, Fremdgefährdung, tätliche oder sexuelle Übergriffe, Diebstähle etc.
9. Die Klinik verfügt über einen Sozialdienst.
10. Die Klinik verfügt über ein Case Management.

- 11.**
- a. Der Sozialdienst führt Beratungen zur häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung durch.
  - b. Der Sozialdienst vermittelt bei Bedarf Selbsthilfegruppen.

- 12.** Der Sozialdienst gibt Hilfestellung zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. zum Erhalt des Arbeitsplatzes.

- 13.** Die Klinik verfügt über ein Konzept\* zur Einleitung und Unterstützung des „Supported Employment“ und zur beruflichen Reintegration (return - to - work Management).

- 14.**
- a. Die Klinik hat Kooperationen mit der Invalidenversicherung (IV).
  - b. Die Klinik hat Kooperationen mit der Arbeitsintegrationsstelle.

- 15.** Die Klinik verfügt über ein Konzept\* zum Austrittsmanagement.

- 16.** Ein- und Austritte sind an jedem Tag der Woche möglich.

- 17.** Die Klinik verfügt über ein Konzept\* zur nachstationären / ambulanten Weiterbehandlung in einer Tagesklinik.

- 18.** Eine Kooperation mit einer Memory - Klinik ist vorhanden (bei Alterspsychiatrie im Leistungsangebot).

- 19.** Die Informationen zur Tarifordnung sind öffentlich zugänglich.

- 20.** Information zur Kodierung / Entstehung der Klinikrechnung sind öffentlich zugänglich.

- 21.**
- a. Die Klinikadministration verfügt über eine elektronische Datenübermittlung an den Krankenversicherer.
  - b. Die Klinik verfügt über ein Rückweisungsmanagement.

- 22.** Bei Eintritt wird der Status des körperlichen Zustandes des Patienten ermittelt.

**23.** Die Klinik verfügt über ein Konzept\* für Patienten, die in Bezug auf die Symptomerfassung mit einem Fragebogen überfordert sind, dem Instrument ablehnend gegenüberstehen oder die grundsätzlich für Surveys nicht in Frage kommen.

**24.** Die Fremdbeurteilung der Symptombelastung wird mit der Selbstbeurteilung des Patienten verglichen und die Messergebnisse werden laufend in den Behandlungsprozess integriert.

- 25.**
- a. Die Mitwirkung des Patienten an der Behandlungsplanung, der Zielfestlegung / Behandlungsvertrag und weiteren Entscheidungen ist gegeben.
  - b. Die Planung / Ziele werden dokumentiert und im fortlaufenden Behandlungsprozess evaluiert.

- 26.**
- a. Im Rahmen der stationären psychiatrisch - psychotherapeutischen Leistungen findet ein Screening von möglichen beruflichen Problemen statt.
  - b. Bei Bedarf werden beschäftigungsbezogene Unterstützungen in Bezug auf die berufliche Reintegration angeboten.

**27.** Die Dauer einer Therapieeinheit und die Sitzungsfrequenz sind an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst.

- 28.**
- a. Die Integration der Angehörigen in den Behandlungsprozess ist etabliert.
  - b. Die Integration der Angehörigen findet ausschliesslich mit Zustimmung des Patienten statt.

- 29.**
- a. Die Klinik verfügt über ein Einführungskonzept\* für neue Mitarbeitende.
  - b. Der Einarbeitungsprozess wird regelmässig evaluiert und im Standortgespräch mit dem neuen Mitarbeitenden reflektiert.
  - c. Eine direkte Ansprechperson ist für den Mitarbeitenden benannt.

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

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

**32.** In der Klinik werden regelmässig Supervisionen oder Interventionen für das gesamte Behandlungsteam durchgeführt.

**33.**

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

**34.**

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

**35.**

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

**36.**

Die Patientensicherheit bei medizinischen Notfällen ist durch einen kontinuierlichen ärztlichen Bereitschaftsdienst gewährleistet.

**37.**

Die Klinik verfügt bei Bedarf über ein Überwachungszimmer / Überwachungseinheit.

**38.**

Die Klinik verfügt über ein Labor / Kooperation mit einer Institution für eine zeitnahe Labor- oder Suchtmittelbestimmung.

**39.**

- a. Die Klinik verfügt über ein Konzept\* zur Medikationssicherheit.
- b. Die Klinik verfügt über ein Verfahren zur Vermeidung von Diskrepanzen zwischen verordneten, dokumentierten und tatsächlich eingenommenen Medikamenten.

**40.**

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

**41.**

Ein Monitoring von Nebenwirkungen der zur Therapie eingesetzten Medikamente findet regelmässig statt.

**42.**

Der Therapieerfolg bzw. -misserfolg der verordneten Medikamente wird zeitnah überprüft, dokumentiert und ggf. angepasst.

**43.**

Die Klinik verfügt über ein Konzept\* zur Erkennung / Vermeidung des Delirs.



**44.**

Die Klinik verfügt über ein Konzept\* zum Sturzmanagement.

**45.** Die Klinik verfügt über ein Konzept\* in Anlehnung an den Expertenstandard bezüglich der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz.

**46.**

Die Klinik verfügt über ein Instrument zur Messung der Qualitätsdimension Diagnose- und Indikationsqualität.

**47.**

- a.** Die Klinik verfügt über ein System zur Monitorisierung der Therapie – Abbruch – Quote (freiwillig eingetretene Patienten).
- b.** Die Ergebnisse werden evaluiert und ggf. Massnahmen abgeleitet.

**48.**

In der Klinik werden «Follow up» Untersuchungen, d.h. Nachuntersuchungen mit zeitlicher Distanz zum stationären oder ambulanten Aufenthalt durchgeführt.