

Qualitätskriterien

Assessment

Rehabilitation

Einleitung

Die CSS Versicherung führt seit 2016 Assessments zur Qualitätssicherung in der Leistungserbringung in Akutsomatischen Spitälern, Rehabilitationskliniken und Psychiatrien der Schweiz durch. Als Gesundheitspartner unserer Kunden sehen wir den Mehrwert zum einen in dem 360 Grad-Blick, den Kunden / Patienten in Bezug auf die Erfassung der umgesetzten Qualitätsmassnahmen und deren Weiterentwicklung in Spitälern / Kliniken erhalten. Zum anderen bieten die Assessments eine Möglichkeit für die Spitäler / Kliniken aufzuzeigen, wie sie sich täglich für ihre Patienten engagieren. Wir pflegen in den Assessments den partnerschaftlichen Umgang mit den Leistungserbringern und führen die Diskussion auf Augenhöhe. Ziel ist es, gemeinsam das Thema Qualität in der Leistungserbringung und best practice im klinischen Alltag für Kunden und Patienten voranzutreiben.

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

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

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

Hygiene

1.
 - a. 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.

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

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

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

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

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

Eine hygieneverantwortliche Fachperson (z.B. Link Nurse) ist pro Abteilung / Station vorhanden.
9.
 - a. Der Prozess bei der Aufnahme von stationären Patienten in Bezug auf multiresistente Erreger, wie z.B. MRSA, ESBL, VRE etc., ist definiert.
 - b. Ein Screening / Schnelltest wird nach den Empfehlungen von «Swissnoso» durchgeführt.
10.
 - a. Die Klinik verfügt über einen Fachexperten für Infektionsprävention und Spitalhygiene.
 - b. Die Klinik hat die Möglichkeit jederzeit einen Infektiologischen Konsiliardienst anzufordern.

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, Fachexperte Pflege, MAS Pflege 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
 - Chronische und akute Schmerzen
 - Sturz
 - Dekubitus
 - Malnutrition
 - etc.

4.
 - a. Auf eine Unterbesetzung beim Pflegefachpersonal wird zeitnah und adäquat reagiert (z.B. Umverteilung).
 - b. Ein Informations- und Handlungsprozess ist definiert.

5. Die Klinik setzt kein temporär arbeitendes Pflegepersonal von Verleihfirmen ein.
-

Qualitäts- und Risikomanagement

1. Die Klinik verfügt über Zertifikate, wie z.B. ISO 9001, SanaCERT, swissReha 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 verfügt über einen Sozialdienst.
7. Die Klinik verfügt über ein Case Management.
8.
 - a. Der Sozialdienst steht für Beratung und Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung zur Verfügung.
 - b. Der Sozialdienst führt ausserdem Beratungen zur häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung durch.
9. Es gibt Informationsveranstaltungen und Kurse für Patienten und Angehörige, in denen nützliche Informationen im Umgang mit der Erkrankung, Hilfsmitteln für den Alltag und Selbsthilfegruppen vermittelt werden.
10. Die medizinische Erstuntersuchung findet am Tag des Eintritts oder spätestens am Tag nach dem Eintritt statt.
11. Die therapeutische Beurteilung findet am Tag des Eintritts oder spätestens am Tag nach dem Eintritt statt.

12.

- a. Gemäss Definition DefReha© werden die Rehabilitationsfähigkeit, das Rehabilitationspotenzial und die Rehabilitationsprognose des Patienten erfasst.
- b. Der gesamte Rehabilitationsprozess wird regelmässig evaluiert.
- c. Gegenmassnahmen und Anpassungen werden ggf. zeitnah eingeleitet.

13.

- a. Im Rehabilitationsprozess werden gemeinsam mit dem Patienten die Rehabilitationsziele festgelegt und dokumentiert.
- b. Die Therapieplanung erfolgt unter Einbezug anerkannter Assessment Instrumente.
- c. Die Rehabilitationsergebnisse werden regelmässig durch das Behandlungsteam dokumentiert, evaluiert und der Rehabilitationsprozess ggf. angepasst.

14.

In der Klinik werden Assessment Instrumente zur Erfassung von indikationsspezifischen Symptomen, Funktionseinschränkungen und Defiziten eingesetzt.

15.

In der Klinik werden Assessment Instrumente zur Erfassung der Motivation, Ängstlichkeit, Verstimmungen, Behandlungserwartung und dem wahrgenommenen Gesundheitszustand etc. eingesetzt.

16.

- a. Es werden regelmässige Teamsitzungen zur Fallbesprechung durchgeführt und dokumentiert.
- b. Die Besprechungen beinhalten Zielsetzung, Behandlungsplan und Zielerreichung / Ergebnisse des einzelnen Patienten.
- c. Teilnehmende Fachpersonen sind Ärzte, Therapeuten, Pflegefachpersonen, Sozialdienstmitarbeitende und sämtliche am Behandlungsprozess beteiligten Personen.

17.

Die Klinik verfügt über eine definierte ethische Grundhaltung (Leitlinie Ethik / Ethikstruktur) in Bezug auf Integration, Inklusion und Partizipation in Anlehnung an das Biopsychosoziale Modell der WHO – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit / ICF.

18.

- a. In der Klinik sind die Behandlungspfade zu den Therapien der jeweiligen Indikationsgruppen vorhanden.
- b. Die Inhalte sind für die Mitarbeitenden abrufbar.

19.

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

20.

- a. Die Dauer einer Therapieeinheit ist dem Patienten in seinem persönlichen Rehabilitationsprozess angepasst.
- b. Im Durchschnitt dauert eine aktive Therapieeinheit mindestens 30 Minuten (exklusive Dokumentation, An- und Auskleiden, Hilfsmittel etc.).

21.

Die Gesamtanzahl der Therapie- und Schulungseinheiten in Minuten / Woche entsprechen den Mindestmerkmalen in Bezug auf die Basisleistungen aller Rehabilitationsarten (gemäss Basisleistungen ST Reha / 2022).

22.

- a. Die Behandlungswoche umfasst sieben Kalendertage (gemäss Basisleistungen ST Reha / 2022).
- b. Die Klinik verfügt über eine Feiertagsregelung entsprechend ihres Leistungsangebots.

23.

- 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.

24.

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

25.

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

26.

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

27.

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

28.

- a. Auf den Stationen und im Therapiebereich sind Notfall - Koffer bzw. -wagen vorhanden.
- b. Zur Sicherstellung von Einsatzbereitschaft und Vollständigkeit des Notfallequipments ist eine qualifizierte Fachperson benannt.
- c. Die Einrichtung verfügt über AED - Ersthelfer Reanimationsgeräte.

29.

- a. Ein Alarmsystem für Notfälle ist auf allen Abteilungen / Therapieeinheiten vorhanden.
- b. Die Mitarbeitenden sind dementsprechend geschult.

30.

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

31.

- 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.

32.

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

33.

- a. Ein internes Meldesystem zur Erfassung von schwerwiegenden Vorkommnissen mit Medizinprodukten (Materiovigilanz, Hämovigilanz, Pharmakovigilanz) ist vorhanden.
- b. Ein qualifizierte Fachperson übernimmt die Meldepflicht gegenüber der «Swissmedic».

34.

- 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 (gemäss Programm «Sichere Medikation an Schnittstellen» der Patientensicherheit Schweiz).

35.

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

36.

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

37.

Die Klinik verfügt über ein Konzept* zum Schmerzmanagement bei chronischen / akuten Schmerzen.

38.

Die Klinik verfügt über ein Konzept* zum Sturzmanagement.

39.

Die Klinik verfügt über ein Konzept* zum Dekubitusmanagement.

40.

Die Klinik verfügt über ein Konzept* zum Malnutritionsmanagement.

41.

Die Klinik verfügt über das Angebot der Ernährungsberatung.

42.

- a. Die Klinik verfügt über eine qualifizierte Fachperson für die stationäre Wundversorgung.
- b. Ein Konzept* zum Wundmanagement ist vorhanden
- c. Ein geeignetes Wunddokumentationssystem steht zur Verfügung.

43.

Die Klinik verfügt über ein Konzept* zum Austrittsmanagement.

44.

In der Klinik werden «Follow up» Untersuchungen, d.h. Nachuntersuchung mit zeitlicher Distanz zur Rehabilitationsmassnahme durchgeführt.

45.

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