

Stiftung SanaCERT Suisse

**Normative Grundlage
für die Zertifizierung
Manual für die Selbst- und Fremdbewertung**

Version 16/2010

11. Mai 2010

Inhalt

	Seite
Erläuterungen	3
Grundstandard Qualitätsmanagement	4
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	5
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	6
Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern	7
Standard 5: Schmerzbehandlung	8
Standard 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus	9
Standard 7: Chirurgie	10
Standard 8: Gynäkologie	11
Standard 9: Entwicklung der Pflegequalität	12
Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz	13
Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	14
Standard 12: Mitarbeitende Menschen und Spital	15
Standard 13: Patienteninformation	16
Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation	17
Standard 15: Ernährung	18
Standard 16: Frauenklinik	19
Standard 17: Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten	20
Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten	21
Standard 20: Rettungsdienst	22
Standard 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen	23
Standard 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung	24
Standard 23: Risikomanagement	25
Standard 25: Palliative Betreuung	26
Standard 28: Decubitusvermeidung und – pflege	27
Standard 29: Sturzvermeidung	28
Standard 30: Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen	29

Anmerkung zum Standard 4 „Kommunikation – Patientenfragen“:

Zu diesem Standard wurden noch keine Bewertungskriterien erarbeitet, da dieser Standard seit mehreren Jahren von keinem Leistungserbringer zur Umsetzung gewählt worden ist.

Erläuterungen

- Gültigkeitsbereich** Für jeden Standard ist vor dem eigentlichen Bewertungsvorgang der Gültigkeitsbereich geklärt. Das Spital bestimmt dabei für jeden Standard die Bereiche des Spitals, in welchen der Standard zum Zeitpunkt des Audits umgesetzt werden soll (SOLL-Zustand).
- Erfüllung** Die Bewertung berücksichtigt, in welchem Ausmass der Qualitätsregelkreis „Plan-Do-Check-Act“ vollendet worden ist. Die Peers verfügen zur Bestimmung des Erfüllungsniveaus eines Standards über folgende Skala:
- 0 Konzepte, Beschlüsse, Visionen, Abklärungen
 - 1 Entwürfe sind erstellt. Die Projektgruppe befindet sich an der Arbeit. Eine konkrete Einführungsplanung ist vorhanden.
 - 2 Der Standard ist eingeführt. Mitarbeitende wurden informiert und ausgebildet/instruiert.
 - 3 Die Wirksamkeit des Vorgehens und der Umsetzung wird regelmässig gemessen. Die Ergebnisse der Messungen werden analysiert und genutzt, um Verbesserungen zu identifizieren, zu planen und einzuführen. Eine konkrete Vorgehensplanung für Verbesserungen liegt vor.
 - 4 Verbesserungen wurden eingeführt. Eine erneute Messung der Wirksamkeit der eingeführten Verbesserungen ist geplant.
- Zwischenwerte (zum Beispiel 1.5) sind nicht zugelassen.
- Durchdringung** Im Audit wird eine Bewertung der Durchdringung, d. h. die Klärung der Frage, ob die Standards in den vom Spital bestimmten Gültigkeitsbereichen (SOLL) auch tatsächlich umgesetzt worden sind (IST), vorgenommen. Die Peers verfügen zur Bestimmung des Durchdringungsniveaus eines Standards über folgende Skala:
- 0 Der Standard ist noch nicht eingeführt; oder es sind nur anekdotische Nachweise vorhanden.
 - 1 Der Standard ist in mindestens einem Bereich (Abteilung/Station/ Klinik) eingeführt.
 - 2 Der Standard ist in etwa der Hälfte der als gültig vereinbarten Bereiche des Spitals eingeführt.
 - 3 Der Standard ist in etwa $\frac{3}{4}$ der als gültig vereinbarten Bereiche des Spitals eingeführt.
 - 4 Der Standard ist in allen als gültig vereinbarten Bereichen des Spitals eingeführt.
- Zwischenwerte (zum Beispiel 1.5) sind nicht zugelassen.
- Muss-Kriterien und zwingende Auflagen** Damit ein Standard mindestens mit dem Niveau A bewertet werden kann, müssen alle **fett** hervorgehobenen Kriterien der rechten Spalte erfüllt sein.
- Wird eines oder mehrere dieser Kriterien nicht erfüllt, erkennt das Audit-Team auf Nicht-Konformität und gibt dies unmittelbar nach dem Audit mündlich und schriftlich im Audit-Bericht der Spitalleitung bekannt.
- Voraussetzungen zur Zertifizierung** Das Qualitätsmanagement einer Institution wird zertifiziert, wenn
- a. der Grundstandard „Qualitätsmanagement“ mindestens in substantiellem Ausmass (C) erfüllt ist; und
 - b. kein Standard nicht erfüllt (0) ist;
 - c. mindestens die Hälfte der zur Bewertung vorgelegten Standards (einschliesslich des Grundstandards) mindestens in substantiellem Ausmass (C) erfüllt ist.
- Bei der Gesamtbewertung aller Standards müssen bei 8 Standards mindestens insgesamt 20 Punkte gemäss Skala Art. 11.3 Spezialreglement über die Bewertung der Audit-Ergebnisse vom 12. Dezember 2003 erreicht werden.

Grundstandard Qualitätsmanagement

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital
----------------------------------	-----------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
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.	<ul style="list-style-type: none"> – Qualitätsziele sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen. – Das Spital verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung. – Prioritäten für die Qualitätsentwicklung sind bestimmt. – Mindestens ein auf die Qualitätsziele bezogenes Ergebniskriterium wird gemessen. 		
2. Das Spital hat die Richtlinien zum Qualitätsmanagement dokumentiert. Das Qualitätsmanagement motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.	<ul style="list-style-type: none"> – Richtlinien sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich. – Mitarbeitende kennen die für sie relevanten Richtlinien. 		
3. Die Qualitätskommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Ihre Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Organigramm der Qualitätsstrukturen gibt Auskunft über die Funktion und Rolle der Qualitätskommission. – Ein schriftlicher Auftrag bzw. ein Reglement für die Qualitätskommission ist vorhanden. – Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätskommission. 		
4. Das Spital hat Qualitätsbeauftragte ernannt. Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	<ul style="list-style-type: none"> – Eine Funktionsbeschreibung des bzw. der Qualitätsbeauftragten ist vorhanden. 		
5. Die Mitglieder der Qualitätskommission, die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden für ihre Aufgaben ausgebildet. Es besteht ein Weiterbildungskonzept.	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Weiterbildungskonzept ist vorhanden. – Stattgefundene Weiterbildungen werden ausgewiesen. 		
6. Alle eingegangenen Beschwerden über das Spital und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert	<ul style="list-style-type: none"> – Eine Dokumentation ist vorhanden. – Erfolgte Korrekturmassnahmen sind dokumentiert. – Nachweise, dass die Korrekturmassnahmen innert der vorgesehenen Fristen erfolgt sind und dass deren Wirksamkeit überprüft worden ist, sind vorhanden. 		
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.	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Qualitätsbericht liegt vor. – Eine Liste der erfolgten amtlichen Kontrollen und Inspektionen mit den Namen der verantwortlichen Personen im Spital, dem Datum der letzten erfolgten Kontrolle und dem Datum des Inspektionsberichtes liegt vor. – Informationsanlässe für Mitarbeitende finden periodisch statt. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Gültigkeitsbereich	gesamtes Spital, einschliesslich Rettungsdienst (falls vorhanden), Verpflegungsbereich, Entsorgung (falls nicht als eigener Standard behandelt)
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett markiert.)	erfüllt - teilweise erfüllt – nicht er- füllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital hat die Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene so dokumentiert, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter diese entsprechend ihrer bzw. seiner Funktion nachvollziehen kann.	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlinien sind vorhanden und zugänglich. - <i>Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert.</i> - Die Einführung neuer Mitarbeitender findet regelmässig statt und wird immer evaluiert. - <i>Eine Weiterbildung findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.</i> - <i>Die befragten Auskunftspersonen wissen gut Bescheid.</i> 		
2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind.	<ul style="list-style-type: none"> - Prioritäten für die nächsten 12 Monate sind bestimmt und im Spital bekannt gemacht. - Ein konkreter Arbeits- und Zeitplan zur Umsetzung der prioritären Ziele ist vorhanden. Zwischenevaluierungen finden statt.. 		
3. Die Zielerreichung wird gemessen.	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Erhebung (zum Beispiel der nosokomialen Infekte, der Wundinfekte, mikrobiologische Analysen ausgewählter Stellen; Resistenzstatistik etc.) findet statt. - Die Ergebnisse sind verfügbar. - <i>Schwellenwerte sind vom zuständigen Gremium festgelegt.</i> - <i>Massnahmen werden (falls notwendig) getroffen.</i> 		
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Fachteam Hygiene ist zuständig für alle operationellen Belange.	<ul style="list-style-type: none"> - Alle bezüglich Infektionsprävention und Hygiene wichtigen Bereiche des Spitals sind vertreten. 		
5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ein Fortbildungsplan ist vorhanden.</i> - <i>Eine spitalexterne Fortbildung ist von mindestens einem Mitglied besucht.</i> - <i>Ein Fortbildungscontrolling fand statt.</i> 		
6. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen die Institution bei Bedarf.	<ul style="list-style-type: none"> - Eine kontinuierliche Beratung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt FMH für Infektiologie (fest angestellt oder extern im Auftragsverhältnis) ist gewährleistet. 		

Bewertung	Erfüllung	Durchdringung	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau
	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4			

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Gültigkeitsbereich des Standards	alle für das Spital relevanten Patientensegmente; alle im Spital durchgeführten Erhebungen; alle Stellen mit Patientenkontakten
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Eine Beschreibung der Ausgangsproblematik („Wozu benötigt das Spital das Urteil seiner Patientinnen und Patienten?“) liegt vor.</i> – Eine Erhebung wurde durchgeführt. – <i>Die Auswertungen wurden den Mitarbeitenden im Spital in geeigneter Form bekannt gemacht.</i> – <i>Die Anonymität der Antwortenden wurde gewährleistet.</i> – <i>Alle für das Spital relevanten Patientensegmente (z. B. Ambulante, Fremdsprachige, Geriatrie, Langzeitpflege, Kinder) sind berücksichtigt.</i> – <i>Vergleiche mit anderen Spitälern (Benchmarking) wurden vorgenommen.</i> 		
2. Bei dieser Erhebung stehen Elemente im Zentrum, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Spital betreffen.	<ul style="list-style-type: none"> – Elemente ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen im Zentrum. – <i>Eine Koordination mit den Informationsbedürfnissen der Projektgruppen anderer Standards ist gewährleistet.</i> 		
3. Das Spital macht klar, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand „Befragung von Patienten“ angelegt ist.	<ul style="list-style-type: none"> – Die Methode wurde evaluiert. – <i>Die Höhe der Rücklaufquote wurde thematisiert. Falls notwendig, wurden Überlegungen zur Verbesserung der Rücklaufquote angestellt.</i> – <i>Aufwand-/Nutzen-Überlegungen wurden angestellt.</i> – <i>Eine mittelfristige Strategie (ca. 24 Monate) ist vorhanden.</i> 		
4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können	<ul style="list-style-type: none"> – Die Ergebnisse der Erhebungen wurden dazu verwendet, Verbesserungsmaßnahmen zu konzipieren. – Massnahmen wurden umgesetzt. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamte Einrichtung oder einzelne Bereiche bzw. Diagnosegruppen, nach Absprache
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Hinweise zur Erfüllung (keine abschliessende Auflistung)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Es existieren Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauern von Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Abteilungen/Kliniken.	<ul style="list-style-type: none"> - Regeln sind vorhanden und von der Spitalleitung genehmigt. - Eine interdisziplinär zusammengesetzte Projektgruppe ist aktiv. - Mindestens eine Überprüfung in den vergangenen 12 Monaten wurde vorgenommen. - Eine Beurteilung der Ergebnisse der Überprüfung fand statt. 		
1. Die Methode zur Überprüfung von Aufenthaltsdauern wird mindestens einmal jährlich einer kritischen Beurteilung durch die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals unterzogen.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Konzept zur Beurteilung der Methode durch die oberste Entscheidungsinstanz ist schriftlich vorhanden. - Die Methode inkl. Erhebungsinstrument wurde durch jene, welche damit gearbeitet haben, evaluiert. Ein Protokoll liegt vor. 	•	•
2. Die Spitalleitung entwickelt eine Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern.	<ul style="list-style-type: none"> - Eine mittelfristige Strategie ist vorhanden. - Massnahmen wurden umgesetzt und evaluiert. - Die Ergebnisse sind spitalintern bekannt gemacht worden. - Die wichtigsten Partner im Behandlungsnetz (Zuweiser, Nachbehandler, Spitex, Heime) kennen die Strategie. - Versicherer sind orientiert, ev. in das Projekt einbezogen. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 5: Schmerzbehandlung

Gültigkeitsbereich des Standards	alle Schmerzpatientinnen und –patienten
-----------------------------------------	-----------------------------------------

Standardelemente	Bewertungskriterien (<i>MUSS-Kriterien sind fett markiert.</i>)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind vorhanden. – Kompetenzen und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden sind geregelt und bekannt. – Für einzelne Patientengruppen sind angepasste Handlungsanweisungen verfügbar. – Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz der Einrichtung sowie von den Kadern der involvierten Fachdisziplinen und Berufsgruppen genehmigt. 		
2. Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult.	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Schmerzdienst funktioniert während 24 Stunden. – Die Schmerzerfassung und die Dokumentation sind gewährleistet. – Auskunftspersonen kennen das Konzept und die Handlungsanweisungen. – Beleg-, Konsiliar- und Hausärzte sind über die Schmerzkonzepte orientiert. 		
3. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und dafür sensibilisiert. Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet.	<ul style="list-style-type: none"> – Informationsmittel sind vorhanden. – Die Schnittstellen Spital/zu Hause sind definiert. – Aufzeichnungen über allfällige mit den Patientinnen und Patienten getroffene Vereinbarungen über die Schmerzbehandlung sind dokumentiert. 		
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.	<ul style="list-style-type: none"> – Die richtige und vollständige Umsetzung und Anwendung der Handlungsanweisungen wird überprüft. – Urteile von Mitarbeitenden werden erhoben. – Kennzahlen zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen mit der Schmerzbehandlung sind vorhanden. – Nachweise über durchgeführte Evaluationen sind vorhanden. 		
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.	<ul style="list-style-type: none"> – Auskunftspersonen wissen über die Ergebnisse der Evaluationen Bescheid. – Allfällige Revisionen sind dokumentiert und umgesetzt. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital
-----------------------------------------	-----------------

Standardelement	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt</i> <i>- nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital verfügt über ein Konzept zur Abklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Konzept liegt vor und ist im Spital bekannt. - Funktionsbeschreibungen für die Diabetesfachperson(en) und die ErnährungsberaterIn(en) liegen vor. - Aus- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden wurden durchgeführt. Nachweise liegen vor. 	•	
2. Dieses Konzept berücksichtigt auch Patientinnen und Patienten der nicht-internistischen Abteilungen und zeigt auf, wie bei Patientinnen und Patienten vorzugehen ist, bei denen Diabetes mellitus nicht die Hauptdiagnose ist bzw. kein aktives Problem darstellt.	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept wurde in nicht-medizinischen Abteilungen umgesetzt. - Aus- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden nicht-medizinischer Abteilungen wurden durchgeführt. Nachweise liegen vor. - Die Überprüfung der Umsetzung wurde vorgenommen. 	•	
3. Die Erfassung der Konsequenzen aus dem Konzept ist gewährleistet.	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebniskriterien sind definiert. - Messergebnisse wurden analysiert und kommuniziert. - Hausärzte und andere nachbetreuende Partner (Spitex etc.) wurden einbezogen. 	•	

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 7: Chirurgie

Gültigkeitsbereich des Standards	Chirurgische Klinik, weitere operativ tätigen Disziplinen nach Absprache
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien.	<ul style="list-style-type: none"> - Mindestes zu einer bestimmten Diagnose ist eine Guideline bzw. Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt, im Team instruiert und eingeführt worden. - <i>Mindestens eine Evaluation wurde nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden.</i> 		
2. Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird regelmässig überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> - Zu mindestens einem Thema ist mindestens ein Pflegestandard bzw. eine Handlungsrichtlinie eingeführt und überprüft worden. 		
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.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Eine Ausbildung von Teammitgliedern in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt.</i> - Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung für ausgewählte häufige Eingriffe verfügbar. - <i>Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, wie verfahren wird, wenn Patienten bzw. Angehörige keine Aufklärung wünschen.</i> 		
4. Im Team finden periodische Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend und werden moderiert und protokolliert.	<ul style="list-style-type: none"> - Protokolle der Besprechungen liegen vor. 		
5. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch.	<ul style="list-style-type: none"> - Messwerte für mindestens zwei Indikatoren über mindestens 12 Monate sind vorhanden, wurden interpretiert und im Team besprochen. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 8: Gynäkologie

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamte Frauenklinik, einschliesslich Belegärztinnen und Belegärzte
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Für die Gynäkologische Abteilung/Klinik existiert ein Konzept zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung.	– Ein Konzept ist vorhanden, den Mitgliedern des Teams bekannt und umgesetzt.		
Dieses Konzept befasst sich a. mit relevanten intraoperativen und postoperativen Komplikationen, zeigt deren Häufigkeiten und ordnet ihnen Merkmale zur Interpretation zu. b. mit den in der Abteilung/Klinik umgesetzten qualitätssichernden und qualitätsfördernden Massnahmen.	– Eine systematische statistische Erhebung von ausgewählten Merkmalen und Indikatoren (z. B. ASF-Statistik) wurde vorgenommen. – Die Erhebung der Daten wurde durch das Spital auf Vollständigkeit und Richtigkeit kontrolliert. – Ausgewählte Komplikationen wurden im Team interpretiert. – Die Ergebnisse wurden intern diskutiert. Befragte Auskunftspersonen wussten Bescheid. – Guidelines der Fachgesellschaft sind bekannt und werden umgesetzt. – Aus-, Fort- und Weiterbildung finden statt und werden dokumentiert. – Neue Mitarbeitende werden systematisch eingeführt.		
Das Konzept zeigt ferner, welche Konsequenzen aus den qualitätssichernden und qualitätsfördernden Massnahmen gezogen wurden.	– Verbesserungsmassnahmen wurden erarbeitet und umgesetzt.		
2. Es existieren Prozesse zur Überprüfung häufigerer Operationsindikationen.	– Eine systematische statistische Erhebung von ausgewählten Indikationen (z. B. Hysterektomie) wurde vorgenommen. – Die Erhebung der Daten wurde durch das Spital auf Vollständigkeit und Richtigkeit kontrolliert. – Ausgewählte Indikationen wurden im Team interpretiert. – Die Ergebnisse wurden intern diskutiert. Befragte Auskunftspersonen wussten Bescheid. – Verbesserungsmassnahmen wurden erarbeitet und umgesetzt.		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 9: Entwicklung der Pflegequalität ¹

Gültigkeitsbereich des Standards	alle Bereiche, in welchen gepflegt wird
-----------------------------------------	-----------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Ein Pflegeleitbild ist vorhanden.	<ul style="list-style-type: none"> - Das Pflegeleitbild ist nicht älter als fünf Jahre. - Auskunftspersonen kennen es. 		
2. In einem Konzept ist geregelt, wie Pflegestandards erarbeitet, umgesetzt und überprüft werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Strategie zur Erarbeitung von Pflegestandards und -richtlinien ist vorhanden. - Eine Strategie zur Umsetzung der Standards und Richtlinien ist vorhanden. - Es liegt ein Überprüfungskonzept vor. - Die Fort- und Weiterbildung ist geregelt. 		
3. Pflegende arbeiten mit Pflegestandards.	<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Pflegestandard ist in allen (für das standardisierte Thema) relevanten Bereichen des Spitals umgesetzt worden - Die Umsetzung wird überprüft. - Die Zielerreichung wird gemessen. - Allfällige Korrekturmassnahmen werden eingeleitet. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

¹ **Der Stiftungsrat hat am 3. März 2008 folgendes beschlossen:**

1. Die Stiftung sanaCERT nimmt ab 1. April 2008 keine neuen Anmeldungen von Einrichtungen zur Umsetzung des Standards 9 entgegen.
2. Einrichtungen, welche den Standard 9 vor dem 1. April 2008 umgesetzt und an Audits zur Bewertung vorgelegt hatten, können diesen noch bis 31. Dezember 2011 zur Bewertung vorlegen.
3. Ab 1. Januar 2012 wird der Standard 9 nicht mehr zur Bewertung zugelassen und aus der Liste der sanaCERT-Standards gestrichen.

Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz

Gültigkeitsbereich des Standards	Liste der bearbeiteten Behandlungsnetze
----------------------------------	-----------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Zwischen dem Spital, den Hausärzten, dem Rettungsdienst sowie weiteren Zuweisern ist der übliche Ablauf eines Spitaleintrittes abgesprochen. Schriftliche Richtlinien regeln für Wahleintritt und Notfalleintritt, wem wie informiert.	<ul style="list-style-type: none"> – Absprachen finden statt und sind schriftlich festgehalten. – <i>Diese Absprachen sind den Beteiligten zur Vernehmlassung unterbreitet worden. Nachweise dafür sind vorhanden</i> – <i>Hausärzte und Mitarbeitende im Rettungsdienst kennen die Absprachen.</i> – <i>Richtlinien für den Wahleintritt sind vorhanden, den Mitarbeitenden bekannt und werden angewendet.</i> – <i>Richtlinien für den Notfalleintritt sind vorhanden, den Mitarbeitenden bekannt und werden angewendet.</i> – Ergebniskriterien sind definiert, werden erhoben und ausgewertet. 		
2. Im Spital ist festgelegt, wer die Informationen des Hausarztes und anderer Partner des Behandlungsnetzes entgegennimmt, wie die Daten dokumentiert und in welcher Form sie an wen weitergeleitet werden.	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Ein Konzept ist vorhanden.</i> – <i>Ausbildungen zum Thema finden statt.</i> – <i>Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten.</i> – <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i> – <i>Ergebniskriterien sind definiert, werden erhoben und ausgewertet.</i> 		
3. Das Spital legt fest, wer den Hausarzt und die Angehörigen über wesentliche, auch unerwartete Ereignisse informiert.	<ul style="list-style-type: none"> – Die Abläufe sind definiert. – Es ist festgelegt, was als „wesentliches Ereignis“ gilt. Eine Liste von Beispielen liegt vor. – <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i> – <i>Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten.</i> 		
4. Zwischen Spitalärzten und Hausärzten sowie Pflegedienst und Spitex-Organisationen besteht ein schriftlich festgehaltener Konsens zur Frage, wann in der Regel Entscheide im Behandlungsnetz gemeinsam getroffen werden.	<ul style="list-style-type: none"> – Protokolle der Besprechungen liegen vor. – <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i> 		
5. Das Spital hat schriftlich festgelegt, welche Informationen bei Spitalaustritt wie an die nachbehandelnden Partner im Behandlungsnetz übermittelt werden.	<ul style="list-style-type: none"> – Richtlinien sind vorhanden. – <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i> – Austrittschecklisten sind vorhanden und werden verwendet. – <i>Lieferzeiten der definitiven Arztberichte von entlassenen Patientinnen und Patienten werden erhoben und ausgewertet.</i> – <i>Die Zufriedenheit der Partner wird erhoben.</i> 		
6. Das Zusammenwirken im Behandlungsnetz wird periodisch evaluiert.	<ul style="list-style-type: none"> – Mindestens eine Evaluation wurde nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Gültigkeitsbereich des Standards	alle Arztbereiche, alle Pflegestationen, Operationsbereich, Anästhesie, Röntgen, Intensivstation, Apotheke, Labor, Therapiedienste
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist.	– Eine Umschreibung des am Spital verwendeten Begriffs „Kritischer Zwischenfall“ liegt vor.		
2. Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen.	– Ein Konzept ist vorhanden. – Kritische Zwischenfälle werden erhoben und dokumentiert. – <i>Der Meldeweg ist dokumentiert und bekannt. Die Zuständigkeiten sind geregelt.</i> – Kritische Zwischenfälle werden analysiert. Die Teams, welche die Meldungen bearbeiten und deren Ursachen analysieren, sind definiert. – <i>Die interne und externe Kommunikation von kritischen Zwischenfällen, deren Analyse und entsprechender Empfehlungen bzw. Richtlinien zu deren Vermeidung ist sicher gestellt.</i> – <i>Auskunftspersonen wussten gut Bescheid.</i>		
3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.	– Die Umsetzung des Konzepts wird überprüft. – <i>Wissensstand und Compliance der Mitarbeitenden werden periodisch überprüft.</i>		
4. Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritischen Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung.	– Protokolle von Besprechungen liegen vor. – Die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals ist involviert.		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 12: Mitarbeitende Menschen und Spital

Gültigkeitsbereich des Standards	<i>Sämtliche Mitarbeitende gemäss Umschreibung durch das Spital</i>
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital verfügt über eine dokumentierte Strategie zur Förderung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und bezüglich Mitsprache der Mitarbeitenden.	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Umschreibung des am Spital verwendeten Begriffs „Mitarbeitende“ bzw. „Mitarbeitender“ liegt vor. - <i>Konzepte zur fachlichen Förderung sowie zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung liegen vor. Nachweise für die Umsetzung dieser Konzepte sind vorhanden. Die Konzepte werden periodisch evaluiert und, falls notwendig, revidiert.</i> - <i>Das Spital verfügt über eine Regelung bezüglich Mitspracherechte. Diese wird umgesetzt.</i> 		
2. Die Kader wenden die Richtlinien des Spitals für die Führung der (auf der Basis von Zielvereinbarung strukturierten) Mitarbeitergespräche an. Die Kader werden diesbezüglich geschult. Die Durchführung der Mitarbeitergespräche wird kontrolliert und kann ausgewiesen werden. Die Auswertung anfallender Kritik und der Umgang mit den vertraulichen Daten sind geregelt.	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeitergespräche finden periodisch mit allen Mitarbeitenden statt. - <i>Es ist schriftlich geregelt, wie oft, unter welchen äusseren Bedingungen und auf welche Weise Mitarbeiter-Gespräche durchgeführt und dokumentiert werden. Die Einhaltung dieser Regeln wird überprüft.</i> - <i>Schulungen der Kader finden nachweislich statt.</i> - <i>Es werden Zielvereinbarungen getroffen.</i> - <i>Der Schutz der persönlichen Daten ist gewährleistet.</i> - <i>Nachweise für den Umgang mit allfälliger Kritik sind vorhanden.</i> - Statistische Auswertungen der Ergebnisse aus den Mitarbeitergesprächen dienen der periodischen Überprüfung der Qualität und Wirksamkeit der Mitarbeitergespräche 		
3. Die vorhandenen Instrumente der Mitarbeiterführung sind dokumentiert. Die Handhabung dieser Instrumente wird spitalintern regelmässig evaluiert.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Instrumente der Mitarbeiterführung sind vorhanden und werden angewendet.</i> - <i>Die Wirksamkeit der angewendeten Instrumente wird periodisch überprüft.</i> 		
4. Das Spital kennt Vorgehensweisen zur Verbesserung von ungenügender Zusammenarbeit der einzelnen Dienste, ebenso zur Bearbeitung von internen Konflikten und zur Hilfestellung bei Problemsituationen von Mitarbeitenden. Prinzipien, Beispiele und deren Auswertung können ausgewiesen werden.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Vorkehrungen zur Vermeidung, Erkennung und Bewältigung von Konflikten sind vorhanden.</i> - <i>Erfahrungen mit der Anwendung solcher Vorkehrungen werden erfasst und ausgewertet.</i> - <i>Das Spital verfügt über Richtlinien zum Umgang mit individuellen Problemsituationen (wie Mobbing, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabusus, Burnout, sexuelle Belästigung).</i> - <i>Zur Bewältigung aussergewöhnlicher Belastungen finden Debriefings durch fachlich kompetente Personen statt.</i> - <i>Strategien zur Vermeidung der Gefährdung von Mitarbeitenden durch Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige sind vorhanden.</i> 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 13: Patienteninformation

Gültigkeitsbereich des Standards	<i>Gesamtes Spital; vor jeder Massnahme zur Diagnose, Behandlung und Therapie</i>
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht er- füllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
2. Vor Massnahmen zur Diagnose, Behandlung und Therapie werden Patientinnen und Patienten (oder – wenn begründet – deren Angehörige) angemessen informiert. Die Information in Notfällen ist geregelt.	<ul style="list-style-type: none"> – Standardisierte Anleitungen zur mündlichen Information für ausgewählte häufige Massnahmen sind verfügbar. – Die Information erfolgt durch eine Medizinalperson im Rahmen eines individuellen Gesprächs. – <i>Die Informationspraxis für Notfälle, die sofortiges Handeln erfordern, ist schriftlich geregelt.</i> 		
3. Durch diese Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Entscheidung wahrzunehmen und sich an der Umsetzung des Entscheides zu beteiligen.	<ul style="list-style-type: none"> – Die informierte Zustimmung des Patienten bzw. der Patientin bzw. der Angehörigen wird bei jeder Massnahme eingeholt. 		
4. Die Information wird den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst und darf diese nicht unnötig belasten. Wenn eine Patientin oder ein Patient keine Information wünscht, wird dies respektiert.	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Eine schriftliche Regelung ist darüber vorhanden, wie verfahren wird, wenn Patientinnen bzw. Patienten bzw. Angehörige keine Information wünschen.</i> 		
5. Die erfolgte Information wird angemessen dokumentiert.	<ul style="list-style-type: none"> – Dokumente sind vorhanden. 		
6. Das Spital verfügt über ein Konzept. Darin sind die Art und Weise der Information, der Zeitpunkt, zu welchem die Information spätestens zu erfolgen hat, sowie die Person des Informierenden oder der Informierenden umschrieben.	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept ist vorhanden und bekannt. 		
7. Für die mit der Information der Patientinnen und Patienten befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besteht ein Aus- und Weiterbildungskonzept r.	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Eine Ausbildung von Teammitgliedern in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt und wird dokumentiert.</i> 		
8. Einheitlichkeit und Verständlichkeit der Information werden periodisch evaluiert und, wenn notwendig, entsprechend angepasst. Es wird überprüft, ob die Patientinnen und Patienten die erhaltenen Informationen verstanden haben.	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluationsergebnisse sind vorhanden, und deren Konsequenzen werden umgesetzt. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

Gültigkeitsbereich des Standards	Notfallstation		
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfül- lung fehlt
1. Das Spital verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt wird, wie und von wem Notfallpatientinnen und -patienten betreut werden. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Konzept ist vorhanden und im Spital bekannt. - Die Leitung der Notfallstation überprüft jährlich die inhaltliche Aktualität des Konzepts. - Die aus der Überprüfung gewonnenen Erkenntnisse werden im Team bewertet - Die Erkenntnisse haben – wenn nötig – Anpassungen des Konzepts zur Folge. 		
2. Elemente des Behandlungspfades „Notfall“ werden als Teilprozesse beschrieben und instruiert. Die Prozessbeschreibungen werden als verbindlich erklärt. Die Einhaltung dieser Prozessbeschreibungen wird überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Mindestens zwei Teilprozessbeschreibungen liegen vor, sind eingeführt und überprüft worden.</i> - Die Notfallstation verfügt über ein System zur Triage der Patienten. Es wird ein Triage-Algorithmus angewandt, der regelmässig überprüft wird. - Die Information der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen ist geregelt. 		
3. Für die Einführung, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden der Notfallstation besteht eine Planung.	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlinien zur Einführung neuer Mitarbeitender sind vorhanden und werden angewandt. - Für die Einführung neu beginnender Mitarbeitender und für die stationsinterne und –externe Fortbildung sämtlicher Mitarbeitender besteht eine Jahresplanung. - Für die Zusatzausbildung dipl. Expertin Notfallpflege NDS HF / der dipl. Experte Notfallpflege NDS HF besteht eine mehrjährige Planung. - <i>Lernziele für Auszubildende sind definiert.</i> - Arztdienst und Pflegende verfügen über Fortbildungen in der Notfallmedizin bzw. Notfallpflege. Nachweise sind vorhanden. - <i>Es finden regelmässig Fallbesprechungen statt, die von einem notfallmedizinisch erfahrenen Kaderarzt geleitet werden.</i> 		
4. Das Konzept umfasst klinische Richtlinien (Guidelines) für häufige und/oder seltene Situationen, bei welchen ein rasches und zielgerichtetes Handeln erforderlich ist.	<ul style="list-style-type: none"> - Guidelines sind verfügbar und bekannt. - Die Leitung der Notfallstation überprüft jährlich die inhaltliche Aktualität der Guidelines. Schriftliche Nachweise sind vorhanden. 		
5. Das Konzept nennt Ergebniskriterien zur Beurteilung der Qualität der Notfallbehandlung.	<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben, ausgewertet und kommentiert. 		
6. Im Konzept werden die strukturellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (Personal, Räume, Ausrüstung, Logistik etc.) zu dessen Umsetzung aufgeführt	<ul style="list-style-type: none"> - Für die Notfallbehandlung stehen geeignete, den Schutz der Persönlichkeit gewährleistende Räumlichkeiten zur Verfügung. - <i>Warteräume für Patienten und deren Angehörige sind ansprechend und ausreichend ausgestattet.</i> - Die Notfallstation wird durch einen Kaderarzt oder eine Kaderärztin geführt, welche(r) über eine Fortbildung in Notfallmedizin verfügt. Eine Stellvertretung ist bezeichnet. - Die Notfallstation verfügt über eine Pflegedienstleitung. - <i>Stellenpläne, Dienstwege und Budgetkompetenzen sind festgehalten.</i> 		
7. Mit Zuweisern und Nachsorgern werden die Erwartungen bezüglich gegenseitiger Information und Zusammenarbeit vereinbart.	<ul style="list-style-type: none"> - Es bestehen gemeinsam mit den häufigsten Zuweisern bzw. Nachsorgern erarbeitete Vereinbarungen. - <i>Die Verlegung von Patienten, welche eine spezielle Versorgung in einem anderen Spital benötigen, ist vorbereitet.</i> - <i>Verlegungen nachts und an Wochenenden sind geregelt.</i> - <i>Die Entlastung der Notfallstation bei Kapazitätsengpässen ist vorbereitet.</i> - <i>Das Konzept berücksichtigt den Umgang mit Patientinnen und Patienten, welche keinen Hausarzt kennen.</i> 		

Standard 15: Ernährung

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital, einschliesslich Personalrestaurant, Cafeteria etc.
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital strebt eine ausgewogene und an den Gesundheitszustand angepasste Ernährung der Patientinnen und Patienten an.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein ausgewogener Menuplan ist vorhanden. - Die Menuplanung wird ausgewertet. - Korrektive und unterstützende Strategien sind in der Pflegeplanung vorhanden. - Motorische, sensorische und kognitive Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten sind berücksichtigt - Dem Essverhalten wird Beachtung geschenkt; es wird bei Risiko-Patientinnen und -Patienten dokumentiert. 		
2. Es ist geregelt, <ul style="list-style-type: none"> - wer für die Erfassung, Dokumentation und Einschätzung des Ernährungszustandes der Patientinnen und Patienten zuständig ist, - wie in der Ernährung das Krankheitsbild berücksichtigt wird und - welche Massnahmen (nicht nur bei Risikogruppen) getroffen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Ernährungskonzept wird im Spital kommuniziert und ist bekannt. - Die Grundzüge des Konzepts werden den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen beim Spitaleintritt vermittelt. - Die Zuständigkeiten sind geregelt. - Parameter zur Einschätzung des Ernährungsstatus werden angewandt. - Enterale und parenterale Formen der Verabreichung sind im Konzept berücksichtigt. - Ein Instrument zur Erfassung und Einschätzung von mangelernährten Patientinnen und Patienten kommt zur Anwendung. - Ernährungsgeschichte und Diagnose werden dokumentiert. - Risikogruppen sind definiert. 		
3. Die Ernährungsgewohnheiten und die Wünsche der Patientinnen und Patienten werden in die Gestaltung des Ernährungsangebots einbezogen.	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden Massnahmen beschrieben und umgesetzt, um die soziale und kulturelle Komponente von Mahlzeiten zur Geltung zu bringen. - Es sind Richtlinien darüber vorhanden, wie mit Entscheiden des Patienten bzw. der Patientin bzw. seiner Vertrauensperson, hinsichtlich Verabreichung bzw. Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit umgegangen wird. 		
4. Die mit der Beschaffung, Herstellung, Verteilung und Entsorgung der Nahrungsmittel beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden aus- und weitergebildet.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Fort- und Weiterbildungskonzept ist vorhanden und wird umgesetzt. - Der Wissensstand und die fachlichen Kompetenzen des Personals werden periodisch überprüft. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 16: Frauenklinik

Gültigkeitsbereich des Standards	Frauenklinik
-----------------------------------------	--------------

Standardelemente	Bewertungskriterien (MUSS-Kriterien sind fett markiert.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Für die Frauenklinik existiert ein Konzept zur Qualitätssicherung und –förderung in der Gynäkologie, in der Geburtshilfe und im Wochenbett. Das Konzept ist von der Geschäftsleitung genehmigt und gilt für alle an der Frauenklinik tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (einschliesslich der Belegärztinnen, Belegärzte und der Beleghebammen).	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept ist vorhanden und von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Spitals genehmigt. - Das Konzept ist den Mitgliedern des Teams bekannt und umgesetzt. - <i>Das Konzept wird periodisch auf seine Aktualität überprüft. Nachweise sind vorhanden.</i> 		
2. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden strukturiert bearbeitet, beschrieben, instruiert und als verbindlich erklärt.	<ul style="list-style-type: none"> - Für häufige und/oder kritische Problemstellungen sind Richtlinien und Pflegestandards vorhanden. - Die Umsetzung wird überprüft. - <i>Richtlinien und Standards werden regelmässig auf ihre Tauglichkeit und Aktualität überprüft.</i> 		
3. Alle Patientinnen, alle zur Geburt eintretenden Frauen bzw. deren Angehörige werden über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken, die Pflege sowie die verwendeten Hilfsmittel informiert.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Eine Ausbildung in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt.</i> - Standardisierte Anleitungen zur Aufklärung über ausgewählte Eingriffe sind verfügbar und werden eingesetzt. - <i>Es sind schriftliche Regeln für den Fall vorhanden, dass Patientinnen bzw. Angehörige keine oder nur eine minimale Information wünschen.</i> - <i>Regeln und Hilfsmittel zur Information fremdsprachiger Patientinnen sind vorhanden und werden angewandt.</i> 		
4. An der Frauenklinik finden regelmässig interprofessionelle Fallbesprechungen und Komplikationenkonzernenzen statt. Die Ergebnisse werden schriftlich festgehalten.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Alle Besprechungen und Konferenzen stehen allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen zur Teilnahme offen.</i> - Protokolle sind vorhanden. 		
5. Die Frauenklinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren betreffend Abklärung, Aufklärung, Behandlung und Betreuung durch. Erkannte und formulierte Verbesserungsmassnahmen aus den Auswertungen des Monitoring werden umgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> - Indikatoren sind definiert. - Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt im Team. - <i>Die Umsetzung von Massnahmen wird überprüft. Die Zielerreichung wird gemessen.</i> - <i>Mindestens alle 12 Monate erfolgt eine Evaluation.</i> 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 17: Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten

Gültigkeitsbereich des Standards	alle stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen		
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt.	<ul style="list-style-type: none"> - Beschwerden und Wünsche werden statistisch erfasst und ausgewertet. - Beschwerden und Wünsche werden innert festgelegten Fristen bearbeitet und beantwortet. - <i>Über Beschwerden und Wünsche sowie deren Bearbeitung wird spitalintern und extern informiert.</i> 		
2. Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige werden über die Möglichkeit, Beschwerden und Wünsche anzubringen, informiert.	<ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen und Patienten sowie Angehörige werden auf Beschwerdemöglichkeiten hingewiesen. - <i>Es stehen Hilfsmittel (Formular, Briefkasten, spezielle Ansprechperson) zur Verfügung.</i> 		
3. Ein Konzept regelt, wer seitens des Spitals für die Entgegennahme, Abklärung, Beantwortung und Umsetzung von Wünschen und Beschwerden zuständig ist. Das Konzept regelt ferner, wie betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in die Umsetzung von Verbesserungen einbezogen werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zuständigkeiten sind geregelt. - Betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Patientinnen und Patienten werden in die Umsetzung einbezogen. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital
-----------------------------------------	-----------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital verfügt über Verfahrensregeln, um verwirrte Patientinnen und Patienten zu identifizieren und diagnostisch einzuordnen.	<ul style="list-style-type: none"> – Die Verfahrensregeln sind vorhanden und von der Spitalleitung genehmigt worden. – Die Zusammenarbeit mit der Konsiliarpsychiatrie ist schriftlich geregelt. – Testinstrumente stehen zur Verfügung, wurden instruiert und sind bekannt. 		
2. Es bestehen Handlungsleitlinien zur Vorbeugung von akuten Verwirrheitszuständen sowie zur Behandlung verwirrter Patientinnen und Patienten.	<ul style="list-style-type: none"> – Eine Liste der Risikomedikamente ist vorhanden und wurde instruiert. – Handlungsleitlinien zur Prävention sind für ausgewählte mögliche Ursachen erarbeitet und instruiert. – Algorithmen der medizinischen und pflegerischen Behandlung sind vorhanden und instruiert. 		
3. Für verwirrte Patientinnen und Patienten wird eine auf deren spezielle Bedürfnisse abgestimmte Pflege und Behandlung gewährleistet. Die Angehörigen werden informiert und nach Möglichkeit in die Betreuung einbezogen.	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegestandards sind für die häufigsten Verwirrungszustände vorhanden. – Ihre Umsetzung wurde überprüft; die Zielerreichung wurde evaluiert, allfällige Korrekturmaßnahmen sind eingeleitet worden. – Information und Mithilfe der Angehörigen bei der Betreuung sind geregelt. 		
4. Das Spital umschreibt, was unter freiheitseinschränkenden Massnahmen zur Vermeidung von körperlichen und psychischen Verletzungen zu verstehen ist und regelt deren Indikation, Durchführung, Überwachung, Information und Dokumentation.	<ul style="list-style-type: none"> – Eine Umschreibung ist vorhanden und den Mitarbeitenden bekannt. – Die Umschreibung wurde von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Spitals genehmigt. Der Ablauf ist geregelt. Die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen wurden geklärt und sind den beteiligten Mitarbeitenden bekannt. – Die Massnahmen wurden protokolliert. Die Protokolle sind vollständig und einheitlich. 		
5. Die Verfahrensregeln, Handlungsleitlinien und Massnahmen werden kontinuierlich evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation werden spitalintern kommuniziert.	<ul style="list-style-type: none"> – Ergebniskriterien sind definiert, wurden erhoben und dokumentiert. – Auswertungen liegen vor und wurden kommentiert. – Protokolle der Auswertungssitzungen sind vorhanden. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 20: Rettungsdienst

Gültigkeitsbereich des Standards	Rettungsdienst
-----------------------------------------	----------------

Standardelemente	Bewertungs-Kriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben)</i>	erfüllt - teilweise erfüllt - nicht er- füllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Der Rettungsdienst verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt ist, wie Patientinnen und Patienten fachtechnisch korrekt gerettet, medizinisch versorgt und betreut werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Konzept ist vorhanden, den Mitarbeitenden des Rettungsdienstes und den spitalinternen Partnern bekannt und umgesetzt. - <i>Das Konzept ist inhaltlich mit den Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR abgestimmt.</i> - <i>Die IVR-Anerkennung ist erreicht, bzw. wird angestrebt.</i> 		
2. Das Konzept umfasst Regeln und Algorithmen sowie Ergebniskriterien zur Beurteilung der Primär- und Sekundäreinsätze.	<ul style="list-style-type: none"> - Algorithmen sind verfügbar, werden angewendet und periodisch überprüft. - Jedes Mitglied des Rettungsdienstes verfügt über eine schriftliche Erlaubnis, die in einer persönlichen Kompetenzliste aufgeführten Handlungen und Medikamentenapplikationen im Notfall ärztlich delegiert selbständig auszuführen. - <i>Rettungspersonal, Ärztinnen und Ärzte kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten.</i> 		
3. Das Konzept regelt die Zuständigkeiten, die Koordination und Zusammenarbeit mit den Partnern der Rettungskette im Einzugsgebiet und die Übergabe der Patientinnen und Patienten an die weiter versorgende Einrichtung.	<ul style="list-style-type: none"> - Spitalexterne Partner (Feuerwehren, Hausärzte, Polizei) sind in die Umsetzung der Konzepte eingebunden. - <i>Rettungs- und Bergungsmaterial ist mit den Partnerorganisationen abgestimmt</i> 		
4. 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 situationgerechte Information und Beratung. Sie werden in Entscheidungen über Behandlungen und Transporte nach Möglichkeit einbezogen.	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenrechte sind bekannt und werden instruiert. Auskunftspersonen wissen Bescheid. - <i>Patientenzufriedenheit wird erhoben und ausgewertet. Ergebnisse sind bekannt, wurden analysiert, allfällige Massnahmen wurden ergriffen und umgesetzt.</i> 		
5. Im Konzept sind Weiterbildung des Teams und fachliche und psychologische Debriefings berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Weiterbildungskonzept liegt vor und wird umgesetzt. Nachweise liegen vor. - Nachbesprechungen im Team finden statt. - <i>Vorgehungen für psychologische Debriefings sind getroffen.</i> 		
6. Der Rettungsdienst verfügt über Mittel, um die Einsätze zu dokumentieren und zu bewerten.	<ul style="list-style-type: none"> - Die Einsätze werden dokumentiert. Die Dokumentation wird ausgewertet. Statistiken liegen vor - Ergebniskriterien sind definiert und werden erhoben. 		
7. Das Konzept wird regelmässig evaluiert. Die aus der Evaluation gewonnenen Erkenntnisse werden im Team bewertet und haben - wenn notwendig - Korrekturmassnahmen bzw. Anpassungen des Konzepts zur Folge.	<ul style="list-style-type: none"> - Nachweise über durchgeführte Evaluationen sind vorhanden. - <i>Erfolgte Korrekturmassnahmen sind dokumentiert.</i> 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Gültigkeitsbereich des Standards	<i>Alle Bereiche der Einrichtung, die mit Kindern, Jugendlichen und Eltern in direktem Kontakt sind</i>
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Die Einrichtung setzt schrittweise die zehn Punkte der Europäischen Charta für Kinder im Krankenhaus um und schafft dazu personelle, strukturelle und bauliche Voraussetzungen.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Konzept „Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ ist vorhanden. - <i>Prioritäten in Bezug auf die mittelfristige Umsetzung des Konzepts sind gesetzt.</i> - <i>Arbeitsplan und Zeitplan zur Umsetzung des Konzepts sind vorhanden.</i> - <i>Ein Aus- und Weiterbildungskonzept ist vorhanden und wird umgesetzt.</i> - Informationsanlässe, Einführungs- und Weiterbildungskurse finden statt. - <i>Der Wissensstand der Mitarbeitenden wird überprüft. Nachweise sind vorhanden.</i> 		
2. Bei stationärer Behandlung ist die Mitaufnahme eines Elternteils/einer Bezugsperson jederzeit möglich.	<ul style="list-style-type: none"> - Die entsprechende Infrastruktur ist vorhanden. - Eltern- bzw. Familienzimmer stehen zur Verfügung. - <i>Informationsmaterial steht zur Verfügung.</i> - <i>Eltern und Bezugspersonen sind informiert.</i> - <i>Die Mitarbeitenden wissen Bescheid.</i> 		
3. Die Einrichtung verfügt über Strategien und Prozesse, um die Bedürfnisse, Anregungen und Wünsche von Patientinnen, Patienten und Eltern wahrzunehmen und umzusetzen.	<ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen und Patienten sowie Angehörige werden auf die Möglichkeiten der Rückmeldung hingewiesen. - <i>Es stehen Hilfsmittel zur Verfügung.</i> - Bedürfnisse, Anregungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge werden erfasst, dokumentiert und ausgewertet. - <i>Die Auswertungen werden an Geschäftsleitungssitzungen und Teamsitzungen kommuniziert. Nachweise sind vorhanden.</i> - <i>Schlüsse werden gezogen und haben Verbesserungsmaßnahmen zur Folge.</i> 		
4. Die Einrichtung arbeitet mit aussen stehenden Fachpersonen auf dem Gebiet der Kinderrechte sowie mit Interessengruppen für ein kindergerechtes Gesundheitswesen und mit Elternvereinigungen zusammen.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Die Zusammenarbeit ist geregelt.</i> - Kontakte finden statt. Nachweise sind vorhanden. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 22 Abklärung, Behandlung und Betreuung

Gültigkeitsbereich	ist von Fall zu Fall in Abhängigkeit von den gewählten Kernprozessen zu umschreiben.
---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Standardelement	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden strukturiert bearbeitet, beschrieben, instruiert und als verbindlich erklärt.	<ul style="list-style-type: none"> – Eine Richtlinie zur Erarbeitung, zur Struktur und für den Unterhalt von Prozessbeschreibungen ist verfügbar. – Es ist definiert, welche Wissensquellen zur Diagnostik, Therapie und Pflege verwendet werden sollen. – Prozessbeschreibungen sind vorhanden und umgesetzt. – Ihre Umsetzung wird periodisch überprüft. – Eventueller Anpassungsbedarf wird gemäss den Ergebnissen der Überprüfungen geplant und umgesetzt. 		
2. Alle Patientinnen und Patienten werden über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken, die Pflege sowie die verwendeten Hilfsmittel informiert.	<ul style="list-style-type: none"> – Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung über ausgewählte (invasive und operative) Eingriffe verfügbar. – Eine Ausbildung in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt. – Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, falls Patientinnen und Patienten nur eine minimale Aufklärung wünschen bzw. nicht aufgeklärt werden können. – Es existiert eine Regelung, wie fremdsprachige Patientinnen und Patienten informiert werden sollen. – Ein Konzept zum Erstellen und Verwenden von schriftlichen Hilfsmitteln ist vorhanden und umgesetzt. 		
3. Im Team finden Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt.	<ul style="list-style-type: none"> – Besprechungen finden regelmässig statt und stehen allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen offen. – Beschlüsse werden protokolliert. 		
4. Der Bereich führt ein Monitoring ausgewählter Prozessindikatoren durch. Eine interdisziplinäre Messung ist möglich. Erkannte und formulierte Verbesserungsmaßnahmen aus den Auswertungen des Monitoring werden umgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserungsmaßnahmen gemäss den Ergebnissen werden formuliert und umgesetzt. – Prozessmessgrössen sind definiert. Regelmässige Prozessüberprüfung findet statt. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 23: Risikomanagement

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital
----------------------------------	-----------------

Standardelemente <i>(beziehen sich auf die vom Spital gewählten drei sicherheitsrelevanten Bereiche nach JCAHO, Anhang 1)</i>	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital wird so geleitet, ausgerüstet und unterhalten, dass die Sicherheitsrisiken für Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende, Besuchende und für die Umgebung des Spitals möglichst vermindert werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Sicherheitskonzept ist erarbeitet und in Kraft gesetzt. - Sicherheitsmassnahmen sind definiert. Ihre Einhaltung wird regelmässig kontrolliert. - Die Suche nach latenten Fehlern ist systematisiert. Kritische Ereignisse werden gemeldet und im Team untersucht. Allfällige Massnahmen werden ergriffen und umgesetzt. Deren Wirksamkeit wird überprüft. 		
2. Das Spital verfügt über ein System zur Identifikation und Bewertung von Sicherheitsrisiken, zur Ergreifung allfälliger Massnahmen und zur Überprüfung ihrer Wirksamkeit.	<ul style="list-style-type: none"> - Alle thematisch involvierten Bereiche des Spitals sind in die Früherkennung einbezogen. Das Umfeld ist berücksichtigt. - Frühwarnindikatoren sind definiert, werden überwacht, ausgewertet und kommuniziert. - Festgestellte Sicherheitsdefizite werden in der obersten Entscheidungsinstanz des Spitals thematisiert. 		
3. Das Spital minimiert potentielle Risiken in seinen Einrichtungen kontinuierlich durch geeignete organisatorische Massnahmen.	<ul style="list-style-type: none"> - Für jede organisatorische Einheit sind Sicherheitsbeauftragte bezeichnet. Diese verfügen über die notwendige fachliche Ausbildung. - Ein Weiterbildungskonzept liegt vor und wird umgesetzt. Nachweise liegen vor. 		
4. Das Spital verfügt über Verfahrens- und Verhaltensregeln bei Notfallsituationen. Grundsätze und Handlungsanweisungen sind allen Mitarbeitenden bekannt. Die Umsetzung der Handlungsanweisungen in der Praxis wird geübt.	<ul style="list-style-type: none"> - Es sind Pläne für den Umgang mit Notfallsituationen vorhanden. - Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ob ständig oder temporär angestellt, werden in regelmässigen Abständen auf die Bewältigung solcher Ereignisse vorbereitet. - Die Notfallplanung wird regelmässig aktualisiert und es werden systematisch praktische Übungen durchgeführt. - Mit regionalen und örtlichen Partnern (Behörden, Verwaltung, Rettungsdienste, Feuerwehr, Polizei, Zivilschutz, spezialisierte private Firmen) werden, wo thematisch sinnvoll, in regelmässigen Abständen gemeinsame Übungen abgehalten. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 25: Palliative Betreuung

Gültigkeitsbereich des Standards	alle gemäss Konzept für die palliative Betreuung vorgesehenen Patientinnen und Patienten
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Standardelemente	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Entscheidungsprozess ist festgelegt. - <i>Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt.</i> 		
2. Das Spital verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmöglichen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Konzept ist vorhanden und umgesetzt. - Handlungsleitlinien sind vorhanden und sind umgesetzt. 		
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.	<ul style="list-style-type: none"> - Das Team wendet Messinstrumente zur Symtombewertung und zur Einschätzung der Lebensqualität an. - Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben und ausgewertet. 		
4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Der Umgang mit Patientenerklärungen ist geregelt.</i> - <i>Es ist geregelt, unter welchen Bedingungen Angehörige in die Information einbezogen werden.</i> 		
5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Die Zuständigkeiten sind geregelt.</i> - <i>Es besteht eine Zusammenarbeit mit spital-externen Stellen.</i> - <i>Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert.</i> - <i>Das Zusammenwirken im Betreuungsnetz wird periodisch evaluiert.</i> 		
6. Mitglieder des Teams haben Zusatzausbildungen in diesem Feld besucht. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.	<ul style="list-style-type: none"> - Es bestehen Aus- und Weiterbildungskonzepte sowohl für das Kernteam als auch für weitere Mitarbeitende des Spitals und des spitalexternen Netzes. - <i>Teamsitzungen finden unter kompetenter Anleitung statt und werden evaluiert.</i> 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 28: Decubitusvermeidung und –pflege

Gültigkeitsbereich des Standards	Spital bzw. Heim		
Standardelemente	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Jede Patientin und jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Decubitusgefährdung 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.	<ul style="list-style-type: none"> – Richtlinien zur Beurteilung der Gefährdung sind vorhanden und instruiert. – Aktuelle, systematische Einschätzungen der Decubitusgefährdung liegen vor. 		
2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Decubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Die Patientinnen und Patienten sind informiert und instruiert.</i> – <i>Ergebnisse von Überprüfungen des Kenntnisstandes bei den Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden liegen vor.</i> 		
3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Decubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Prophylaxe, Therapie und Pflege orientieren sich an für das gesamte Spital bzw. Heim verbindlichen Handlungsrichtlinien.	<ul style="list-style-type: none"> – Die durchgeführten Risiko vermin- dernden Massnahmen sind doku- mentiert. – <i>Es sind Handlungsrichtlinien verfügbar. Diese sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden angewendet. Die Anwendung wird über- prüft.</i> 		
4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegende sind in der Lage, das Decubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Vermeidung und Heilung von Decubitus und kennen ihre Kompetenzen zur Decubitusbekämpfung.	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Weiterbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.</i> 		
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird ge- messen, und die Messergebnisse werden perio- disch von den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden gemeinsam beurteilt	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Datenerfassungs-Formular wird angewendet und ausgewertet. Die Erfassung wird auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. – Die Ergebnisse werden beurteilt. Protokolle der Besprechungen lie- gen vor. – <i>Falls notwendig werden Verbesserungs- massnahmen eingeleitet.</i> 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 29: Sturzvermeidung

Gültigkeitsbereich des Standards	Spital bzw. Heim bzw. Pflegeabteilung
-----------------------------------------	---------------------------------------

Standardelemente	Bewertungskriterien (Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)	<i>erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
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.	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept liegt vor und wird umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft. - Die Massnahmen werden dokumentiert. - Anzeichen von Sturzangst werden aufmerksam beobachtet und thematisiert. - Angebote zum Mobilitätstraining (Gleichgewichtsübungen, Gehtraining, Kraftübungen) sind vorhanden. 		
2. Das Konzept regelt, ob und wie ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.	<ul style="list-style-type: none"> - Die Sturzrisiko-Beurteilung wird beim Eintritt vorgenommen. - In den Patientendokumentationen ist festgehalten, wann die nächste Beurteilung fällig wird. - Die Patientendokumentationen der gefährdeten Personen sind speziell gekennzeichnet. - Zielgerichtete Massnahmen werden abgeleitet. 		
3. Das Spital bzw. das Heim erfasst mittels Sturzereignisprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	<ul style="list-style-type: none"> - Bearbeitete Sturzereignisprotokolle liegen vor. Die Dokumentation erfolgt vollständig. Spätfolgen werden nachgetragen. - Bei der Auswertung der Protokolle wird auf individuelle Sturzmuster einzelner Patientinnen und Patienten und Auffälligkeiten bezogen auf die gesamte Einrichtung geachtet. 		
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.	<ul style="list-style-type: none"> - Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert. - Die Angehörigen werden einbezogen. 		
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt.	<ul style="list-style-type: none"> - Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert. - Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert. - Interdisziplinäre Auswertungssitzungen finden statt. Konsequenzen werden gezogen, Massnahmen zur allfälligen Verbesserung werden ergriffen. 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen

Standard 30: Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital bzw. Heim
-----------------------------------------	---------------------------

Standardelemente	Bewertungskriterien <i>(Muss-Kriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	erfüllt - teilweise erfüllt – nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllu ng fehlt
1. Das Spital bzw. das Heim umschreibt, was unter einer freiheitseinschränkenden Massnahme zu verstehen ist.	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Umschreibung ist vorhanden und den Mitarbeitenden bekannt. - Die Umschreibung ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Spitals bzw. des Heims genehmigt. 		
2. Das Spital bzw. das Heim regelt verbindlich Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung, Überwachung und Aufhebung der freiheitseinschränkenden Massnahme sowie die Dokumentation.	<ul style="list-style-type: none"> - Der Ablauf ist geregelt. Die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind geklärt und den beteiligten Mitarbeitenden bekannt. - Die Bedingungen, unter welchen freiheitseinschränkende Massnahmen angewendet werden können, sind definiert und den Mitarbeitenden bekannt. - Die Massnahmen werden protokolliert. Die Protokolle sind vollständig und einheitlich. - Schriftliche Zustimmungserklärungen der Betroffenen oder ihren Angehörigen bzw. ihres gesetzlichen Vertreters liegen vor. Ausgenommen sind Notfallsituationen. - <i>Vor dem Einleiten einer Massnahme findet zwingend ein Gespräch mit dem Patienten/der Patientin, ev. den Angehörigen statt. (Ausgenommen sind Notfallsituationen: nach solchen findet ein Gespräch mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter zum nächstmöglichen Zeitpunkt statt.)</i> 		
3. Das Konzept wird in regelmässigen Abständen evaluiert. Seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Angemessenheit wird überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zielerreichung wird gemessen, ausgewertet und beurteilt. - Ein Erfassungsprotokoll (z. B. jenes von H+S Graubünden) kommt zum Einsatz. - <i>Die Kontrolle der richtigen und vollständigen Anwendung der Konzepte ist gewährleistet.</i> - <i>Mindestens eine Evaluation wird nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden.</i> 		
4. Das Verständnis und das Einverständnis der Mitarbeitenden und der Angehörigen mit dem Konzept werden regelmässig überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Erhebungen der Urteile von Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen werden durchgeführt.</i> 		
5. Die Mitarbeitenden werden regelmässig über den Stand der Arbeiten, über die Ergebnisse der Überprüfungen und über ausserordentliche Ereignisse im Zusammenhang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen informiert.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Protokolle von Besprechungen liegen vor.</i> - <i>Die oberste operative Entscheidungsinstanz des Spitals bzw. des Heims ist beteiligt.</i> - <i>Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.</i> - <i>Der Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen wird in Aus- und Weiterbildungsangeboten thematisiert.</i> 		

Bewertung	Erfüllung 0-1-2-3-4	Durchdringung 0-1-2-3-4	Summe	Summe dividiert durch 2 (und ggf. auf- oder abrunden auf ganze Zahl)	Niveau 0-A-B-C-D

Erfüllung: 0=anekdotische Einführung, 1=Plan, Konzept; 2=Konzept eingeführt; 3=Messung durchgeführt; 4=Verbesserungen