



sanaCERT suisse
Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Gotthelfstrasse 14 | CH-3013 Bern
Tel. 031 333 72 63 | Fax 031 333 72 60
www.sanacert.ch | martin.rothenbuehler@sanacert.ch



SCESm 097

Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB

Überwachungs-Audit

am 2. Dezember 2009

Auditteam: Yvonne Biri, Baden
Martin Rothenbühler, Bern

Beobachterin: Claudia Lenz, St. Gallen

Bern, 8. Januar 2010

Inhalt

	Seite
1 Einleitung	3
2 Audit-Team	3
3 Audit-Ziele	4
4 Audit-Programm	5
5 Stärken	6
6 Verbesserungspotential	6
7 Ergebnisse des Audits	7
<i>Grundstandard Qualitätsmanagement</i>	7
<i>Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene</i>	8
<i>Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen</i>	9
<i>Standard 5: Schmerzbehandlung</i>	9
<i>Standard 9: Entwicklung der Pflegequalität</i>	10
<i>Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen</i>	10
<i>Standard 13: Information der Patienten und Eltern</i>	10
<i>Standard 21: Familienorientierte Betreuung</i>	11
8 Antwort auf die Fragen	12
9 Empfehlungen	13
10 Anträge	14

1 Einleitung

Am 2. Dezember 2009 hat ein Audit-Team der Stiftung sanaCERT Suisse Ihre Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems nach der Re-Zertifizierung überprüft.

Das Erst-Zertifizierungs-Audit hatte am 8. und 9. Juni 2004 stattgefunden. Das Re-Zertifizierungs-Audit hatte am 16. und 17. Januar 2008 stattgefunden. Das aktuell gültige Zertifikat trägt das Datum des 9. April 2008 und ist bis am 17. Januar 2011 gültig.

Diese Überprüfung ist im Einzelnen in der Richtlinie der Stiftung sanaCERT Suisse über das Verfahren für Überwachungs-Audits vom 4. November 2005 geregelt und entspricht der Norm EN ISO/IEC 17021.

Die Überprüfung geschah in drei Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierte und bewertete das Audit-Team den von Ihnen vor dem Audit eingereichten Selbstbewertungsbericht und die am Audit-Tag zur Einsicht aufgelegten Unterlagen.
- Im ersten Teil des Audits führten die Auditoren zu ausgewählten Standards Gespräche mit den vom UKBB bestimmten Auskunftspersonen.
- Besuche auf ausgewählten Stationen an beiden Standorten Kleinbasel und Bruderholz sowie Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen vertieften im zweiten Teil des Audits die Eindrücke und vervollständigten die Informationen.

2 Audit-Team

Das Audit-Team setzte sich folgendermassen zusammen:

Auditorin und Auditor:

- Yvonne Biri, Pflegedirektorin und Mitglied der Geschäftsleitung am Kantonsspital Baden;
- Martin Rothenbühler, lic. rer. pol., Geschäftsleiter Stiftung sanaCERT Suisse, Bern.

Beobachterin:

- Claudia Lenz, ET MSc. Cheftherapeutin, Qualitätsbeauftragte, Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde St. Gallen.

3 Audit-Ziele

Das Audit-Team hatte zu beurteilen, ob das am 9. April 2008 vom Stiftungsrat re-zertifizierte Qualitätsmanagement-System des Universitäts-Kinderspitals beider Basel weiter funktioniert und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zum 17. Januar 2011 gegeben sind.

Das Audit-Team hatte insbesondere zu ermitteln,

- ob der Qualitätsregelkreis kontinuierlich auf allen Ebene des Qualitätsmanagements durchlaufen wird;
- ob qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert werden;
- ob, falls Qualitätsdefizite festgestellt werden, die notwendigen Konsequenzen gezogen werden und entsprechende Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden;
- ob wesentliche Änderungen im Geltungsbereich der Zertifizierung, im Betätigungsfeld oder in der Arbeitsweise eingetreten sind;
- ob die fünf Empfehlungen aus dem Bericht über das Re-Zertifizierungs-Audit von 2008 in den dafür zuständigen Entscheidungsgremien thematisiert worden sind;
- ob die drei Auflagen fristgerecht erfüllt worden sind.

Das Audit-Team hatte ferner die Möglichkeit, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bis zur Re-Zertifizierung im Jahr 2011 zu formulieren.

4 Audit-Programm

08.00	Beginn des Audits. Einsichtnahme in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen	
09.00 – 09.15	Eröffnungssitzung: Zusammenkunft mit der Spitalleitung, Begrüssung, Vorstellung, Detailplanung des Audits	
09.15 – 09.35	Grundstandard Qualitätsmanagement: Arbeitsweise der Qualitätskommission; Weiterbildungskonzept; Qualitäts-Jahresziele 2009; Qualitätsbericht	
09.35 – 09.55	Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene: Prioritäten und Meilensteine, Surveillance nosokomialer Infekte; Isolation; Pandemie-Vorsorge	
09.55 – 10.15	Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen: Erhebungen zur Compliance der Mitarbeitenden; Massnahmen zur Vermeidung und Bewältigung kritischer Zwischenfälle	
10.15 – 10.30	Pause	
10.30 – 12.00	<p><i>Yvonne Biri (Auditorin)</i></p> <p>Begehung am Standort Kleinbasel</p> <ol style="list-style-type: none"> Notfallaufnahme: Qualitätsmanagement allgemein; Umgang mit kritischen Zwischenfällen; Infektionsprävention; Beschwerdemanagement (1 dipl. Pflegende; 1 Patientendossier) Station Päd. 3: Qualitätsmanagement allgemein; Infektionsprävention; Erhebung von Patientenurteilen, Beschwerdemanagement; Umgang mit kritischen Zwischenfällen; Familienorientierte Betreuung (1 dipl. Pflegende; 1 Oberarzt und CIRS-Verantwortlicher; 2 Patientendossiers) Tageschirurgie: Qualitätsmanagement allgemein; Infektionsprävention; Erhebung von Patienten-/Elternurteilen, Beschwerdemanagement, Familienorientierte Betreuung (1 dipl. Pflegende; 2 Patientendossiers) 	<p><i>Martin Rothenbühler (Auditor); Claudia Lenz (Beobachterin)</i></p> <p><i>Transfer Kleinbasel - Bruderholz</i></p> <p>Begehung am Standort Bruderholz</p> <ol style="list-style-type: none"> Chirurgie: Qualitätsmanagement allgemein; Infektionsprävention; Erhebung von Patientenurteilen; Beschwerdemanagement; Familienorientierte Betreuung (1 dipl. Pflegende; 1 Assistenzärztin; 2 Patientendossiers) Station Päd. 2: Qualitätsmanagement allgemein; Infektionsprävention; Erhebung von Patientenurteilen; Beschwerdemanagement; Familienorientierte Betreuung (1 dipl. Pflegende; 1 Assistenzärztin; 2 Patientendossiers, wovon 1 Psychiatriepatientin) Notfallaufnahme: Qualitätsmanagement allgemein; Infektionsprävention; Erhebung von Patientenurteilen; Beschwerdemanagement; Familienorientierte Betreuung (1 stv. Leiter Notfallstation; 1 Assistenzärztin, identisch mit befragter Assistenzärztin auf der Chirurgie) <p><i>Transfer Bruderholz - Kleinbasel</i></p>
12.00 -12.30	Beratung des Audit-Teams über die Bewertung	
12.30 – 13.00	Abschliessende Zusammenkunft mit der Spitalleitung dem Kader und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Schlussinformation über die Bewertung der Peers.	
13.00	Ende des Audits	
Während der Begehungen befragte Mitarbeitende: 8		Eingesehene Patientendossiers: 10

5 Stärken

- Das UKBB betreibt eine kontinuierliche und koordinierte Öffentlichkeitsarbeit zu verschiedenen Aspekten der Qualitätsentwicklung. In der schön aufgemachten Hauszeitung „Ryssverschluss“ wird das Thema Qualitätsentwicklung immer wieder behandelt. Das Spital verfügt zudem über eine Vielzahl von sorgfältig gestalteten schriftlichen Unterlagen zur Information der Patientinnen und Patienten und ihren Eltern. Als Beispiele seien genannt die mit dem Kinderbüro Basel zusammen herausgegebene „Kinderzeitung“, die Elternbroschüre, der Flyer „Operationen“, der Flyer „Intensivpflege für Neugeborene“ und die Web Site insgesamt.
- Der Umgang mit Beschwerden und Wünschen der Patientinnen und Patienten funktioniert gut. Alle befragten Auskunftspersonen wussten gut Bescheid.
- In Zusammenarbeit mit dem Verein Kind und Spital und dem Kinderbüro Basel ist ein kindgerecht gestalteter Fragebogen entstanden, mit welchem die Meinung der Patientinnen und Patienten zu den Leistungen des UKBB erhoben werden sollen.
- Der vorgelegte Selbstbewertungsbericht ist ausführlich informativ gehalten. Die am Audit-Tag zur Einsicht ausgelegten und nachverlangten Unterlagen waren vollständig.

6 Verbesserungspotential

- Die Ziele 2009 für das UKBB sind entsprechend der Balanced Score Card im Papier der Geschäftsleitung vom November 2009 definiert und kommentiert. Es fehlt nun noch die Kommunikation dieser Ziele an die Mitarbeitenden im Sinne von verbindlichen und terminierten Vorgaben.
- Kennzahlen können ein wichtiges Instrument bilden, um zu führen und zu motivieren. IM UKBB wurde und wird bereits eine beträchtliche Menge von interessanten, nicht-finanziellen Zahlen erhoben, aber es fehlt zurzeit noch der Ort, wo diese Zahlen systematisch und übersichtlich dargestellt werden, so dass die Geschäftsleitung, die Qualitätskommission und die Standardverantwortlichen auf einen Blick feststellen können, ob und in welchem Ausmass vereinbarte Qualitätsziele erreicht worden sind. Eine Balanced Score Card für das UKBB befindet sich zurzeit in Entwicklung.

7 Ergebnisse des Audits

Grundstandard Qualitätsmanagement

Standardverantwortliche: Christine Keller, Qualitätsmanagerin; Dr. med. Conrad Müller, CEO

Gesprächspartnerinnen: Christine Keller, Qualitätsmanagerin; Steffi Bürgin, Cheflaborantin Chemie

Qualitätskommission

Die Qualitätskommission zählt zurzeit 11 Mitglieder. Neu hat der Vorsitzende der Geschäftsleitung in der Kommission Einsitz genommen, was eine gute Voraussetzung darstellt, um deren Position zu stärken. Die Qualitätskommission trat im Jahr 2009 bisher dreimal für 2 Std. zusammen, nämlich am 9. Februar, am 4. Mai und am 7. September. Eine nächste Sitzung ist für den 10. Dezember 2009 vereinbart. Das Protokoll der Sitzung vom 7. September lag am Audit noch nicht vor. Damit fiel dieses Protokoll als zwischenzeitliches Orientierungs- und Arbeitsinstrument der Kommissionsmitglieder, insbesondere der Mitglieder, welche nicht an der Sitzung teilgenommen hatten, aus. (Das Protokoll der Maisitzung 2009 lag 7 Tage nach der Sitzung vor.) Die Auditorin und der Auditor regen an, die Qualitätsmanagerin durch den Beizug eines Protokollführers oder einer Protokollführerin von der Protokollführung zeitlich zu entlasten. Sie regen ferner an, das Protokoll jeweils durch eine Liste der beschlossenen Aufträge mit personeller Zuordnung und Terminierung zu ergänzen.

Jahres-Qualitätsziele

Die Bestimmung der Jahres-Qualitätsziele 2010 für die einzelnen Bereiche ist für die Sitzung der Qualitätskommission vom 10. Dezember 2009 traktandiert. Diesen Bereichszielen wird nach Darstellung der Gesprächspartner die Balanced Score Card der Geschäftsleitung und das Papier „Ziele 2009 für das UKBB/Zielerreichung 2009 zugrunde liegen.

Nach Ansicht der Auditorin und des Auditors ist eine klar definierte Hierarchie der Qualitätsziele für die Zieldiskussion unabdingbar. Das vom CEO skizzierte Vorgehen, wonach sich die künftige Unternehmensstrategie für das UKBB in einer Balanced Score Card mit 6 übergeordnete Themen niederschlägt, aus welchen Teilziele bezüglich Prozess- und Ergebnisqualität abzuleiten und Messkriterien zu definieren sind, entspricht der „Best practice“. Diese Teilziele sollten das Niveau der zu erbringenden Leistungsqualität zu einem bestimmten Zeitpunkt so beschreiben, dass nach einer vereinbarten Frist (z. B. nach 12 Monaten) für jedes Teilziel aufgrund von Messungen der Grad der Zielerreichung gemeinsam festgestellt und beurteilt werden könnte.

Die Auditorin und der Auditor begrüßen die von den Gesprächspartnern geäußerte Absicht, den Zielfindungs- und Zielbestimmungsprozess künftig systematischer und methodologisch korrekt zu organisieren.

Weiterbildungskonzept

Die Auditorin und der Auditor nahmen Einblick in das Konzept zur Weiterbildung der im Qualitätsmanagement mitwirkenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Konzept befriedigt inhaltlich noch nicht. Es ist insbesondere in den Teilen „Ermittlung des Bildungsbedarfes“, „Kompetenzprofile“, „Evaluation“ und „Organisation/Finanzielles“ erweiterungsbedürftig.

Beschwerdemanagement

Das Konzept zum Beschwerdemanagement wurde umgesetzt. Die neu eintretenden Mitarbeitenden werden in das Thema eingeführt. Die während der Begehungen befragten Auskunftspersonen wussten gut Bescheid. Für die Mitarbeitenden wurde ein Flyer „Umgang mit Lob, Beschwerden und Anregungen“ erarbeitet.

Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen

Die Auditorin und der Auditor haben die aktualisierte Liste der zu erfüllenden gesetzlichen Anforderungen zur Kenntnis genommen. Die vorliegende Liste ist umfassend und lückenlos. Sie regen an, auf der Liste zusätzlich zu vermerken, in welchen zeitlichen Abständen und durch wen die Liste jeweils einer Überprüfung zu unterziehen ist und wann sie letztmals der Geschäftsleitung bzw. dem Spitalrat zur Kenntnis gebracht worden ist.

Qualitätsberichterstattung

Das UKBB hat zum ersten Mal einen Qualitätsbericht nach den Vorgaben von H+ qualité erstellt. Dieser Bericht über das Jahr 2008 wurde allerdings bisher von der Qualitätskommission und von der Geschäftsleitung noch nicht verabschiedet und damit auch noch nicht veröffentlicht. Die Auditorin und der Auditor regen an, den Bericht nach der Genehmigung durch die Geschäftsleitung zumindest hausintern zu verbreiten und an der ersten Sitzung der Qualitätskommission im kommenden Jahr zu evaluieren.

Weitere Perspektiven

Einer der Themenschwerpunkte für 2010 wird gemäss Darlegung der Gesprächspartnerinnen die Einführung eines Risikomanagements gemäss Standard 23 sein. Designierte Leiterin Risikomanagement ist Frau Steffi Bürgin. Ein Projektantrag ist bei der Geschäftsleitung und beim Spitalrat deponiert.

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Standardverantwortliche: Margrith Thür, Beraterin für Infektionsprävention und Spitalhygiene;
Prof. Dr. med. Ulrich Heiningger, Leitender Arzt Infektiologie und Vakzinologie

GesprächspartnerIn: Margrith Thür, Beraterin für Infektionsprävention und Spitalhygiene;
Prof. Dr. med. Ulrich Heiningger, Leitender Arzt Infektiologie und Vakzinologie

Während der Begehung wurden ausgewählte Auskunftspersonen zur Infektionsprävention befragt. Alle Befragten wussten gut Bescheid. Eine kürzlich eingetretene Assistenzärztin berichtete über die Einführungsveranstaltung, welche sie kurz nach ihrem Eintritt zum Thema Infektionsprävention zu besuchen hatte.

Das UKBB erfasst nosokomiale Infektionen seit 2004 elektronisch. Eine Auswertung der erfassten Infekte für die Jahre 2004 und 2005 ergab eine durchschnittliche Rate von 6 %. Das Besondere an dieser Rate sind die Bemühungen der Ärztinnen und Ärzte, allfällige Infekte auch nach Spitalaustritt zu erfassen. Zu diesem Zweck werden Patientinnen und Patienten bzw. Bezugspersonen einige Tage nach Spitalaustritt telefonisch befragt. Die Ergebnisse der Jahre 2005 bis 2008 sollen demnächst vorliegen.

Die Hygienekommission tagte letztmals im Juni 2009. Seither ist der ad hoc Ausschuss zur Grippe-Pandemie ungefähr 15 Mal zusammen getreten.

Frau Margrith Thür führte im Jahr 2009 bisher drei Hygienepraxis-Halbtage durch. Unmittelbar nach dem Praxishalbtage berichtet Frau Thür dem gesamten begleiteten und beobachteten Team über ihre Feststellungen und Empfehlungen. Dieses Vorgehen kommt bei den Betroffenen dem Vernehmen nach gut an. Die Auditorin und der Auditor regen an, Mittel und Wege zu suchen, damit künftig (zu normalen Zeiten, d. h. nach Abklingen der Pandemie) jede Station jährlich mindestens einmal auf diese Weise auditiert werden kann.

Standard 2: Erhebung von Patienten- und Elternurteilen

Standardverantwortliche: Christine Keller, Qualitätsmanagerin; Steffi Bürgin, Cheflaborantin Chemie; Brigitte Geyer, Stv. Stationsleiterin Päd. 2

Aufgrund der Rückmeldungen von Seiten der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen wurde das Thema „Warten – warum?“ priorisiert. Anlässlich der Begehung schilderten uns Auskunftspersonen auf der Notfallstation Bruderholz, auf welche Weise dieses Thema im Alltag umgesetzt worden war.

Ein weiteres Verbesserungsprojekt betraf die Tagesklinik, wo während zwei Monaten die Warte- und Interventionszeiten sowie die Aufenthaltsdauern aller Patientinnen und Patienten erfasst wurden. Aufgrund der Ergebnisse wurde eine Reihe von Sofortmassnahmen konzipiert und umgesetzt.

Die nächste Erhebung mit Unterstützung des Instituts PICKER ist für das erste Semester 2011, also nach dem Bezug der neuen Gebäulichkeiten, vorgesehen.

Standard 5: Schmerzbehandlung

Standardverantwortliche: Prof.Dr. med. Thomas Erb, Anästhesie; Christine Fischer, dipl. Pflegefachfrau Anästhesie

In den während der Begehungen am Standort Kleinbasel und am Standort Bruderholz von der Auditorin und vom Auditor überprüften Patientendossiers waren die Schmerzerhebung und die Schmerzbehandlung einwandfrei und gut nachvollziehbar dokumentiert. Die Schmerzfreiheit als pflegerisch wichtiges Ziel wurde von den befragten Mitarbeitenden hoch priorisiert.

Standard 9: Entwicklung der Pflegequalität

Standardverantwortliche: Astrid Körner, dipl. Pflegeexpertin; Ulrike Emmenegger, dipl. Pflegefachfrau IP, Bachelor of Science in Nursing (BScN)

Als eines der wichtigsten Ziele im Rahmen dieses Standards soll bis zum Bezug der neuen Gebäulichkeiten (Januar 2011) auf allen Stationen das Bezugspflegesystem eingeführt werden. Weitere Teilprojekte, die sich in Umsetzung befinden, sind die „Abbildung des Pflegeprozesses im Patientendossier“, die „Pflegeanamnese“, die „Pflegerische Fallbesprechung“ und die „Austrittsplanung“.

In zwei (von insgesamt zehn) überprüften Patientendossiers waren nur spärliche oder gar keine Einträge bezüglich Pflegeanamnese und Austrittsplanung zu finden. Die Auditorin und der Auditor werten dies als zufälligen Hinweis auf möglicherweise bestehende Lücken in der Durchdringung.

Mit Befriedigung nahmen die Auditorin und der Auditor zur Kenntnis, dass sich die Standardverantwortlichen bereits überlegt haben, wie es nach der Aufhebung des Standards 9 (auf Ende 2011) weiter gehen wird. Geplant ist, dass die Arbeiten an der Entwicklung der Pflegequalität weiter geführt werden.

Die Auditorin und der Auditor regen an, auch zu diesem Standard qualitätsrelevante Ergebniskennzahlen systematisch zu erheben und zu analysieren. Die im Juni 2009 im Rahmen einer gesamtschweizerischen Prävalenzstudie erhobenen Kennzahlen zur Decubitusprävalenz bilden ein erstes Element eines Dashboard zur Pflegequalität.

Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Standardverantwortliche: Prof. Dr. med. Jürg Hammer, Leitender Arzt Intensivmedizin, Pneumologie; Karin Szabo, Leiterin Fachbereich Pflege, Bildung und Entwicklung

GesprächspartnerIn: Prof. Dr. med. Jürg Hammer, Leitender Arzt Intensivmedizin, Pneumologie; Karin Szabo, Leiterin Fachbereich Pflege, Bildung und Entwicklung

Seit dem Re-Zertifizierungs-Audit vom Januar 2008 konnte die bisherige mühsame „Zettelwirtschaft“ durch ein elektronisches Meldeportal und eine IT-Datenbank ersetzt werden. Wie die Auditorin und der Auditor anlässlich der Begehungen feststellten, ist der Zugang zum Portal benutzerfreundlich geworden. Wie die Standardverantwortlichen ausführten, wird es nun auch einfacher sein, einige Kennzahlen pro Zeiteinheit zu ermitteln. Wir denken beispielsweise an folgende:

- Anzahl der eingegangenen Meldungen aufgeschlüsselt nach Bereich (bzw. Meldekreis) pro Zeitperiode;
- Anzahl der eingegangenen Meldungen aufgeschlüsselt nach Problematik pro Zeitperiode;
- Schweregrad der gemeldeten Zwischenfälle;
- Anzahl der eingegangenen Meldungen aufgeschlüsselt nach Alter des betroffenen Patienten/der betroffenen Patientin;

- Anzahl der eingegangenen Meldungen aufgeschlüsselt nach Wochentag, an welchem der Zwischenfall sich ereignete.
- Anzahl der umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen im Verhältnis zur Anzahl der eingegangenen Meldungen.

Ferner könnte per Befragung der Mitarbeitenden der Bekanntheitsgrad des Critical Incident Monitoring Systems bei den Mitarbeitenden ermittelt werden.

Die Standardverantwortlichen führten aus, dass das CIRS am UKBB in erster Linie als Self Teaching- und Self Learning-Tool gesehen wird und weniger als Teil eines möglichen Frühwarnsystems zur Erkennung von Risiken. Die Auditorin und der Auditor sind in diesem Punkt etwas anderer Meinung. Sie betrachten ein CIRS grundsätzlich als mögliches Element eines Risikomanagements.

Die Auditorin und der Auditor regen an, im Sinne des Standardelements 4 die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals systematisch über gemeldete kritische Zwischenfälle zu orientieren. Dies trägt nicht zuletzt zur Entlastung der Standardverantwortlichen bei. Diese können nämlich grundsätzlich nur für das Funktionieren des Meldesystems, die Triage, die Analyse und die Berichterstattung über gemeldete Zwischenfälle verantwortlich sein, nicht aber für die zu treffenden Massnahmen zur Vermeidung bzw. Bewältigung von Risiken und deren Umsetzung. Diese Aufgaben sind eindeutig Sache der obersten Entscheidungsinstanz des Spitals.

Standard 13: Information der Patienten und Eltern

Standardverantwortliche: PD Dr. med. Carol Hasler, Leitender Arzt Orthopädie; PD Dr. med. Frank-Martin Häcker, Leitender Arzt Chirurgie; Ursula Pugin, Elternbetreuerin BELOP

Das Audit-Team hatte Ihnen nach dem Re-Zertifizierungs-Audit vom Januar 2008 empfohlen, den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegenden Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema „Gesprächsführung“ anzubieten. Diese Angebote konnten bislang noch nicht realisiert werden, sollen am im kommenden Jahr unter der Leitung von Frau Wössner stattfinden. Die Geschäftsleitung hat das Projekt kürzlich bewilligt. Was zurzeit noch fehlt, sind aktuelle Nachweise zur Erfüllung des Bewertungskriteriums zum Standardelement 6: „Evaluationsergebnisse sind vorhanden, und deren Konsequenzen werden umgesetzt.“

Standard 21: Familienorientierte Betreuung

Standardverantwortliche: Bea Hollinger, Stationsleiterin; Netty Fabian, Pflegeexpertin, Bachelor of Science in Nursing (BScN), Beraterin Kind & Spital

Anlässlich der Begehungen wurden ausgewählte Mitarbeitende zu diesem Standard befragt. Alle Befragten kannten den Standard 21 und wussten gut Bescheid. Ein wesentliches Element zur weiteren Umsetzung der EACH Charta besteht in der Einführung der Bezugspflege, welche bis zum Umzug in die neuen Gebäude (Januar 2011) realisiert werden soll. Ebenfalls auf diesen Zeitpunkt hin wird das Standardelement 2 (Infrastruktur zur Mitaufnahme von Bezugspersonen) umgesetzt werden können.

8 Antwort auf die Fragen

I. Wird der Qualitätsregelkreis kontinuierlich auf allen Ebenen des Qualitätsmanagements durchlaufen?

Es liegt ein ausführlicher Selbstbewertungsbericht von 22 Seiten vor. Dieser Bericht wurde von der Geschäftsleitung am 31. Oktober 2009 genehmigt. Zu den einzelnen Standards wurden Unterlagen und Dokumentationen aufgelegt, aus welchen hervorgeht, dass der Regelkreis „Plan-Do-Check-Act“ vollendet wird.

II. Werden zu jedem Standard qualitätsrelevante Ergebniskennzahlen systematisch erhoben und analysiert?

Dies ist bei vier von acht Standards der Fall (nämlich Standards 1, 2, 9 und 21). Für die weiteren vier Standards wurden am Audit keine Ergebniskennzahlen vorgelegt.

III. Werden, falls Qualitätsdefizite festgestellt werden, die notwendigen Konsequenzen gezogen und entsprechende Verbesserungsmassnahmen eingeleitet?

Ja. Für den Grundstandard (Beschwerdemanagement und die Standards 1, 2, 5, 9, 11 und 21 wurden am Überwachungs-Audit Nachweise vorgelegt, dass die Verantwortlichen bei festgestellten Nicht-Konformitäten entsprechende Korrekturmassnahmen eingeleitet haben.

IV. Sind wesentliche Änderungen im Geltungsbereich der Zertifizierung, im Betätigungsfeld oder in der Arbeitsweise eingetreten?

Seit dem Re-Zertifizierungs-Audit vom 16. und 17. Januar 2008 sind keine Änderungen eingetreten.

V. Sind die Empfehlungen aus dem Bericht über das Re-Zertifizierungs-Audit vom 16. und 17. Januar 2008 in den dafür zuständigen Entscheidungsgremien thematisiert worden?

Alle fünf Empfehlungen wurden in den dafür zuständigen Entscheidungsgremien thematisiert. Eine Empfehlung wurde umfänglich, zwei Empfehlungen wurden teilweise umgesetzt.

Status der Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungs-Audit

Standard	Empfehlung	behandelt/ offen	Status
Grundstandard	I. Die Peers empfehlen Ihnen, den gesamten Anstrengungen zur Sicherung und Förderung der Leistungsqualität übergeordnete Qualitätsziele, bezogen auf 12 bis 18 Monate, zugrunde zu legen, und diese möglichst konkret zu vermitteln.	<i>behandelt</i>	Die Empfehlung wurde umgesetzt. Terminierte und messbare Teilziele wurden im Papier der Geschäftsleitung vom November 2009 („Ziele für das UKBB, Zielerreichung 2009“, 9 Seiten) definiert.
Grundstandard	II. Die Peers empfehlen Ihnen, die Qualitätskommission so einzusetzen, dass sie eine aktivere Führung und Koordination im Qualitätsmanagement übernimmt.	<i>behandelt</i>	Die bisher erfolgte teilweise Umsetzung überzeugte das Audit-Team noch nicht.
Standard 13	III. Die Peers empfehlen Ihnen, Medizinalpersonen, welche mit der Information von Patienten und deren Angehörigen beauftragt sind, in spezifische Kommunikationstrainings einzubeziehen.	<i>behandelt</i>	Empfehlung auf dem Weg zur Umsetzung. Ein Kommunikationsseminar mit Frau Wössner befindet sich für 2010 in Vorbereitung
Standards 2 und 11	IV. Die Peers empfehlen Ihnen, spitalintern intensiver zu kommunizieren, welche Verbesserungsmaßnahmen als Konsequenzen aus den Ergebnissen von Patientenbefragungen, aus den eingegangenen Zwischenfallmeldungen und aus weiteren Erhebungen umgesetzt werden konnten	<i>behandelt</i>	Empfehlung auf dem Weg zur Umsetzung

9 Empfehlungen

- Die Auditorin und der Auditor empfehlen Ihnen, trotz der kommenden Mehrbelastungen durch den Umzug in die neuen Gebäulichkeiten und die damit verbundenen Reorganisationen in Ihren Anstrengungen zur Sicherung und Förderung der Leistungsqualität nicht nachzulassen. Versuchen Sie, das erreichte hohe Niveau weiterhin zu halten und das nächste Re-Zertifizierungs-Audit nicht allzu lange aufzuschieben.
- Die Auditorin und der Auditor wiederholen die Empfehlung des Audit-Teams von 2008, die Qualitätskommission so einzusetzen, dass sie eine aktivere Führung und Koordination im Qualitätsmanagement übernimmt.

10 Anträge

Gestützt auf die Ergebnisse des Überwachungs-Audits vom 2. Dezember 2009 stellen die Auditorin und der Auditor der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

- 1) Die Zertifizierung ist bis 17. Januar 2011 aufrecht zu erhalten.*
- 2) Es wird in der laufenden Zertifizierungsperiode kein weiteres Überwachungs-Audit durchgeführt.*
- 3) Es werden keine Auflagen ausgesprochen.*