Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Zertifizierung des Qualitätsmanagements

Center da sandà Engiadina Bassa
Gesundheitszentrum Unterengadin
CSEB

Bericht zum

Audit Netzwerkzertifizierung

vom 3./4. November 2014

Auditoren (Peers)	Corinne Morandi Müller
	Sven Egger
	Michele Losa
	Robert Völker
Leitender Auditor	Peter Ueberschlag
Berichterstatter	Christoph Cottier
Beobachterin	Regina Schmid

Burgdorf, 11.02.2015
Auftrag Nr. AH 2014.13.01

Inhalt

		Seite
1	Zusammenfassung	3
2	Auftrag	3
3	Auditierte Einrichtung	4
4	Normative Grundlagen	4
5	Auditteam	5
6	Audit-Ziele	6
7	Das Audit-Programm	7
8	Die Begehungen	9
9	Die Bewertung	12
	Bewertung der Auditergebnisse im Netzwerk	12
10	Stärken	15
11	Entwicklungspotenziale	16
12	Bearbeitete Standards	17
	Grundstandard Qualitätsmanagement	17
	Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene	21
	Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen	24
	Standard 5 Schmerzbehandlung	26
	Standard 7 Chirurgie	29
	Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen	32
	Standard 28 Decubitusvermeidung und -pflege	35
	Standard 29 Sturzvermeidung	38
	Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	41
	Standard 53 Pflege und Betreuung	43
13	Auflagen und Empfehlungen	45
	Auflagen	45
	Empfehlungen	46
14	Antrag und Dank	46

1 Zusammenfassung

Im Unterengadin arbeiten folgende Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Pflege und Wellness unter dem Dach des „Center da sandà Engiadina Bassa" (CSEB) / „Gesundheitszentrum Unterengadin" eng zusammen: Das Ospidal, der Rettungsdienst, die Spitex-Dienste, die Beratungsstelle Pflege & Betreuung, das Bogn Engiadina mit seinen angegliederten Betrieben, die Pflegegruppen in Scuol und Samnaun sowie das Pflegeheim Chüra Lischana. Das CSEB betreibt ein gemeinsames Qualitätsmanagement.

sanaCERT suisse hat das Qualitätsmanagement des Ospidals Scuol im Jahre 2006 zertifiziert. Das Zerifikat wurde wegen fehlender Ressourcen 2009 nicht erneuert. 2011 hat sich das Ospidal erfolgreich erneut zertifiziert.

Das CSEB setzte sich für 2014 das Ziel, das Qualitätsmanagement des Netzwerks Ospidal und Chüra zu zertifizieren.

Am 3. und 4. November überprüfte ein Auditteam von sanaCERT suisse, wieweit das CSEB die Qualitätskriterien zu folgenden Standards erfüllt: Qualitätsentwicklung, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Infektionsprävention und Spitalhygiene, Erhebung von Patientenurteilen, Schmerzbehandlung, Chirurgie, Dekubitusvermeidung und -pflege, Sturzvermeidung, Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Pflege und Betreuung. Grundlage der Bewertung waren ausführliche schriftliche Unterlagen, Gespräche mit den Standard-Gruppen und Begehungen.

Das Auditteam bewertete die Erfüllung der Qualitätsstandards mit 38 von maximal 40 möglichen Punkten. Damit sind die Anforderungen für die Zertifizierung des Qualitätsmanagements des Netzwerks von Ospidal und Chüra (Einrichtungen der Langzeitpflege und Spitex Unterengadin) erfüllt.

2 Auftrag

Am 3. und 4. November 2014 hat ein Auditteam der Stiftung sanaCERT suisse die Arbeiten zu zehn Qualitäts-Standards bewertet. Es hatte den Auftrag zu überprüfen, wo das CSEB bezüglich der Qualitätsentwicklung heute steht.

Diese Überprüfung geschah in drei Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierten und bewerteten die Auditorin und die Auditoren die vom CSEB eingereichten schriftlichen Unterlagen.
- Im ersten Teil des Audits führten die Auditorin und die Auditoren zu jedem Standard ein Gespräch mit den vom Spital bestimmten Auskunftspersonen.
- Besuche in ausgewählten Bereichen (siehe Kapitel 8 Begehung), Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen und die Analyse ausgewählter Patienten Dokumentationen vertieften im zweiten Teil des Audits die Eindrücke und vervollständigten die Informationen.

3 Auditierte Einrichtung

Im Unterengadin arbeiten folgende Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Pflege und Wellness unter dem Dach des „Center da sandà Engiadina Bassa" (CSEB) / „Gesundheitszentrum Unterengadin" eng zusammen: Das Ospidal, der Rettungsdienst, die Spitex-Dienste, die Beratungsstelle Pflege & Betreuung, das Bogn Engiadina mit seinen angegliederten Betrieben, die Pflegegruppen in Scuol und Samnaun sowie das Pflegeheim Chüra Lischana. Das CSEB betreibt ein gemeinsames Qualitätsmanagement.

Die Vorarbeiten für das CSEB begannen 1996. Seit 2007 ist die Geschäftsleitung operativ tätig.

Grundlagen sind der kantonale Leistungsauftrag für das Ospidal (gemäss Spitalliste des Kantons Graubünden, 2014) und die Leistungsvereinbarung zwischen den Gemeinden des Unterengadins und des CSEB vom 9. Juni 2011 für die Chüra.

Das Ospidal betreibt die stationäre Grundversorgung des Unterengadins mit den Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Gynäkologie, Anästhesiologie und Komplementärmedizin und bietet weiter eine grosse Zahl ambulanter fachärztlicher Leistungen an.

Die Chüra umfasst das Pflegeheim Chüra Lischana in Scuol, die Pflegegruppen Prasaschèr in Scuol und Chalamandrin in Samnaun sowie die Spitex Organisation Unterengadin.

4 Normative Grundlagen

Die Überprüfung des Qualitätsmanagements erfolgte auf der Grundlage folgender Normen

- *ISO 19011:2011, Leitfaden zur Auditierung von Managementsystemen*
- *Stiftung sanaCERT suisse, Qualitätsstandards für die Akutsomatik, Normative Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Version 20/2014*
- *Stiftung sanaCERT suisse, Normative Grundlage für die Zertifizierung, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 20/2014*
- *Stiftungs sanaCERT suisse, Normative Grundlage für die Qualitätssicherung und Qualitätsföderung in Langzeitpflegeeinrichtungern, Version 6/2012*
- *Stiftung sanaCERT suisse, Stiftungsurkunde und Reglemente, Version 16/2013*

sanaCERT suisse ist von der schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) gemäss der Norm

ISO EN 17021:2011 Konformitätsbewertung – Anforderungen an Stellen, die Managementsysteme auditieren und zertifizieren

für die Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen von Spitälern und Einrichtungen der Langzeitpflege akkreditiert (SCESm 097, Gültigkeit der Akkreditierung bis 6. Februar 2016).

5 Auditteam

Das Auditteam setzte sich folgendermassen zusammen:

Auditorinnen und Auditoren (Peers):

- Corinne Morandi Müller, Leiterin Pflegedienst, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi, Bern
- Sven Egger, Leiter Dienste und Projekte, Lindenfeld, Spezialisierte Pflege und Geriatrie, Suhr
- Losa Michele, Dr. med., Leiter DLMM, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen
- Robert Völker, Präsident OdA Gesundheit beider Basel, ehem. Direktor des Felix Platter Spitals Basel, Bettingen

Leitender Auditor:

- Peter Ueberschlag, Dr. med., Leiter Operatives Qualitätsmanagement, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Berichterstatter:

- Christoph Cottier, PD Dr. med., Geschäftsleiter sanaCERT suisse, Burgdorf

Beobachterin:

- Regina Schmid, Dipl. Pflegefachfrau, Interim Management und Beratung im Gesundheitswesen/Dipl. Organisationsberaterin & Coach, Fehraltorf ZH

Gemäss Reglement über die Zertifizierung von sanaCERT suisse erfolgt die Bewertung der Konformität mit den Qualitätsstandards nur durch die Auditoren und Auditorin.

6 Audit-Ziele

Die Auditorin und die Auditoren hatten zu beurteilen, ob das CSEB über ein funktionierendes Qualitätsmanagement verfügt. Sie hatten insbesondere zu ermitteln:

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

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

7 Das Audit-Programm

Erster Tag: Montag, 3. November 2014	
11.00 – 13.00	Ospidal Scuol. Beginn des Audits. Einsichtnahme durch die Auditoren in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen Sitzung Audit-Team
13.00 – 13.15	**Eröffnungssitzung**: Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitungen CSEB und des Qualitätsmanagements Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits Teilnehmende: Philipp Gunzinger, Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung, Verena Schütz, GL, Direktorin Betriebe Chüra, Joachim Koppenberg GL, Direktor Ospidal, Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB
13.15 – 14.00	**Gespräch zum Grundstandard Qualitätsmanagement /Qualitätsentwicklung** [2)] Teilnehmende: Philipp Gunzinger, Verena Schütz, Joachim Koppenberg, Uschi Cadonau, Marianne Sägesser [2)] Diese Standards gelten sowohl für das Ospidal wie für die Chüra (Langzeit und Spitex)
	Gespräch zur Arbeit an den Standards
14.00 – 14.30	**Standard 11/54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen** [2)] Teilnehmende: Christoph Weiss, Joachim Koppenberg, Uschi Cadonau, Berta Prevost, Hedy Brunner
14.30 – 15.00	**Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene** Teilnehmende: Renate Köllemann, Reto Tissi, Ruth Tsoutsaios
15.00 – 15.30	**Standard 28/62: Dekubitusvermeidung und –pflege** [2)] Teilnehmende: Christine Colcuc, Berta Prevost, Gian Flury
15.30 – 16.00	**Standard 29/63 : Sturzvermeidung** [2)] Teilnehmende: Marianne Sägesser, Berta Prevost, Gian Flury, Dagmar Raich, Elke Cloet
16.00 – 16.15	*Pause*
16.15 – 17.00	**Standard Langzeit 52 :Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner** Teilnehmende: Verena Schütz, Jrène Bruderer, Samantha Stocker **Standard Langzeit 53: Pflege und Betreuung** Teilnehmende: Berta Prevost, Anita Noggler, Sandra Luzzi
17.00 – 17.30	**Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen** Teilnehmende: Aldo Platz, Seraina Joos
17.30 – 18.00	**Standard 5 Schmerzbehandlung** Teilnehmende: Joachim Koppenberg, Gian Flury, Frank Kuhlhoff

18.00 – 18.30	**Standard 7 Chirurgie** Teilnehmende: Frank Kuhlhoff, Claudina Nogler
18.30 – 19.30	Beratung des Auditteams, Vorbereitung Begehung 4. November *(Auditteam allein)*
19.30	Übergabe Detailplan für Begehungen am 4.11.2014
	Transfer Auditteam ins Hotel

Zweiter Tag: Dienstag, 4. November 2014	
08.00	**Begehungen** Ospidal Scuol: Überprüfung Organisation Begehung
08.30-12.30	Begehungen in 4 Teams von Ospidal, Langzeitpflege Pflegeheim, Scuol (Chüra Lischana), Pflegegruppen Scuol (Prasas-chèr) und Samnaun (Chalamandrin) sowie der Spitex Unterengadin.
12.30-13.30	Mittagessen Scuol
13.30-15.30	Bewertung (Auditteam allein)
16.00	**Schlussgespräch**: Ospidal Scuol. Abschliessende Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitung CSEB, des Qualitätsmanagements, weiteren Interessierten über die Ergebnisse des Audits und die Bewertung durch die Auditoren
16.30	Ende des Audits

8 Die Begehungen

Dienstag, 4. November 2014

Team 1: Ospidal

Auditoren: Robert Völker, Michele Losa

Begleitung: Marianne Sägesser

Zeit Minuten	Ort	Auskunfts-personen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
08.30	Küche	Küchenchef	Allgemeines Qualitäts-management, Hygiene, Patientenurteil, amtli-che Kontrollen	Intranet HAACP-Konzept
08.50	Technischer Dienst Ospidal	Mitarbeiter TD Leiter TD	Allgemeines Qualitäts-management, Patien-tenurteil, amtliche Kon-trollen	
09.10	Ospidal Notfall-station	Pflegefachperson	Allg. Qualitätsmanage-ment, Hygiene, Stan-dard Chirurgie	
09.40	Empfang	Auskunftsperson	Allgemeines Qualitäts-management, Patien-tenurteil, Mitarbeiterbe-fragungen, Beschwer-den	Intranet
10.00	Pause			
10.20	Pflegestation Ospidal Chirurgie 1. Stock Pflegestation Ospidal Medizin 1. Stock	2 Assistenzärzte Medizin/Chirurgie Pflegefachperson Pflegeassistentin	Allg. Qualitätsmanage-ment, Hygiene (Hygie-neordner), Schmerzbe-handlung (Dokumenta-tion), Dekubitus, Sturz-prävention, CIRS, Stan-dard Chirurgie (Richtli-nien)	Intranet
11.20-11.50	Röntgen	MTRA	Allgemeines Qualitäts-management, Hygiene (Hygieneordner), Pati-entenurteil, CIRS	Intranet
11.50-12.20	Operations-trakt Anästhesie Schleuse	Anästhesie-fachperson	Allg. Qualitätsmanage-ment, Hygiene, CIRS, Chirurgie-Standard	Intranet

Team 2: Ospidal und Chüra Lischana

Auditorinnen: Corinne Morandi, Regina Schmid

Begleitung: Uschi Cadonau

Zeit Minuten	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
08.30	Ospidal Rettungsdienst	1 Rettungssanitäter	Schmerzbehandlung, Hygiene, Weiterbildung, Informationsfluss, Patientenbefragungen	Kompetenzliste Alarmierung
09.00	Ospidal Büro Wundexpertin	Wundexpertin	Richtlinien Wundbehandlung, Zugang zu KIS (Phoenix, Überprüfungen), CIRS, Decubitus	Intranet, Phoenix
09.30	Ospidal Physiotherapie	1 Physiotherapeutin	CIRS, Organisation, Zugang zu KIS (Phoenix), Sturzprävention (Training)	Intranet, Phoenix
10.00	Pflegestation Akutstation 2. Stock	1 Pflegefachperson	Decubitusprävention, CIRS, Hygiene, Pflegestandards und Richtlinien	Intranet, Phoenix
10.30	Pause			
10.50	Chüra Lischana	1 Pflegefachperson 1 Pflegeassistentin	Decubitus, Sturzvermeidung,CIRS, Hygiene,	
11.15	Chüra Lischana	2 Pflegefachpersonen	Decubitus, CIRS, Hygiene, Patientenrechte	Phoenix Dokumentation
11.35	Chüra Lischana	1 Pflegefachperson, Bereichsleiterin Pflegeheim	Ablauf BESA, Eintrittsgespräch, Einführung neue Mitarbeitende, Eintrittsgespräch Bewohner	

Team 3: Prasas-chèr und Spitex

Auditoren: Sven Egger, Christoph Cottier (bis 10.00)

Begleitung: Berta Prevost

Zeit	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
08.30-10.00	Spitex Zentrale, Rapportraum	Einsatzleiterin 1 FAGE Begleitungsperson	Kritische Zwischenfälle, Rechte der Kunden, Palliative Care, Sturzprophylaxe, Pflege und Betreuung, Handlungsrichtlinien	RAI-HC: Dokumentation von 3 Kunden Dokumentation Sturz Ordner Sturzprotokolle Checkliste Re-Assessment
	Transfer und Pause			
10.30-11.50	Prasas-chèr	1 Pflegefachperson, Bereichseiterin Pflegegruppe	Palliative Care, CIRS, Bewohnerdossiers (Pflegedokumentation und –planung), Aus- und Weiterbildung	2 Dossiers Bewohner (Phoenix) Pflegedokumentation

Team 4: Spitex und Chalamandrin, Samnaun

Auditor: Peter Ueberschlag

Begleitung: Sandra Luzzi

Zeit	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
08.30-09.30	Unterwegs	1 Spitexfachperson	Besuch Kunde	Dokumentation Kunde
09.30	Transfer Scuol nach Samnaun			
10.30-11.20	Samnaun Chalamandrin	1 Pflegefachperson, Bereichsleiterin Pflegegruppe	Grundstandard, Beschwerdewesen, Hygiene, Wundmanagement, Rechte der Bewohner, Pflege und Betreuung, CIRS	3 Bewohnerdossiers 2 Handlungsanweisungen CIRS Meldeportal
11.20-12.00	Transfer Samnaun nach Scuol			

Anzahl befragte Mitarbeitende: 14	**Anzahl eingesehene Patientendossiers Pflege: 10** **Krankengeschichten Ospidal: 2**

9 Die Bewertung

Die Bewertung des Audits berücksichtigt einerseits die Erfüllung (das Ausmass der Vollendung des Qualitätsregelkreis „Plan-Do-Check-Act"), andererseits die Durchdringung (den Grad der Einführung des Standards im betroffenen Bereich).

Sowohl Erfüllung und Durchdringung werden mit Punkten bewertet (Skala von 0 - 4). Die Summe beider Werte wird durch zwei geteilt. Daraus ergibt sich die Gesamtbewertung für jeden Standard: 1 Punkt = A (minimal erfüllt), 2 Punkte = B (mässig erfüllt), 3 Punkte = C (in substantiellem Ausmass erfüllt), 4 Punkte = D (umfänglich erfüllt).

Die sogenannten Schlüsselkriterien sind im Manual für die Selbst- und Fremdbewertung fett gedruckt. 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 Auditteam auf Nicht-Konformität und formuliert entsprechende Auflagen mit Fristen.

Bei Nicht-Konformität mit einem Kriterium, das nicht zu den Schlüsselkriterien gehört, formuliert das Auditteam eine Empfehlung. Empfehlungen sollen von der Institution später thematisiert und, falls für nützlich befunden, umgesetzt werden.

Das Auditteam formuliert auch Anmerkungen, die der Qualitätsentwicklung dienen. Die Institution soll die Anmerkungen zur Kenntnis nehmen, braucht diese aber nicht zu thematisieren oder umzusetzen.

Bewertung der Auditergebnisse im Netzwerk

Anlässlich des Audits im CSEB vom 3. und 4. November 2014 wurden insgesamt 10 Standards überprüft (vgl. Tabelle unten). Der Gültigkeitsbereich der Zertifizierung umfasst das Ospidal (Akutbereich), die Chüra (Langzeitpflege) und die Spitex Unterengadin.

Gruppe I) 4 Standards gelten sowohl für den Akut- wie für die Bereiche Langzeitpflege und Spitex (Standards 0 (Grundstandard)/51, 11/54, 28/62, 29/63).

Gruppe II) 4 Standards gelten nur für den Akutbereich (Standards 1, 2, 5, 7).

Gruppe III) 2 Standards gelten nur für den Langzeitbereich und die Spitex (Standards 52, 53).

Beurteilung der Konformität

Grundlage für die Beurteilung der Konformität mit der Norm waren die Bewertungskriterien der Manuale für die Selbst- und Fremdbewertung.

- **Gruppe I):** Für die 4 Standards, die sowohl für das Ospidal wie für die Chüra und die Spitex gelten, wurden im Akutbereich die Standards und Bewertungskriterien der Akutsomatik und im Bereich Langzeit und Spitex die Bewertungskriterien für Einrichtungen der Langzeitpflege angewandt.
- **Gruppe II):** Für die 4 Standards, die nur im Ospidal überprüft wurden, galten die Bewertungskriterien für den Akutbereich.
- **Gruppe III)** Für die 2 Standards, die nur in den Bereichen Langzeit und Spitex überprüft werden, galten die Bewertungskriterien für Einrichtungen der Langzeitpflege.

Bewertung der Auditergebnisse

- **Gruppe I)**: Für die 4 Standards wurde **eine** Bewertung pro Standard abgegeben; nach dem Grad der Erfüllung und Durchdringung der Standards 0/51, 11/54, 28/62, 29/63.
- **Gruppe II)**: Für die 4 Standards, die nur im Akutbereich (Ospidal) gelten, wurde auf der Basis der Bewertungskriterien der Standards 1, 2, 5, 7 **eine** Bewertung pro Standard abgegeben.
- **Gruppe III)**: Für die 2 Standards, die nur für den Bereich Langzeit und Spitex gelten, wurde (nach Grad der Erfüllung und Durchdringung) gemäss der Bewertungskriterien der Standards 52 und 53 je **eine** Bewertung abgegeben.

Damit wurden 10 Standards auf der Skala zwischen A (minimal erfüllt), B (mässig erfüllt), C (in substantiellem Ausmass erfüllt) oder D (umfänglich erfüllt) bewertet.

Voraussetzung für die Zertifizierung

Voraussetzungen für die Zertifizierung sind

- Grundstandard (0/51) mindestens Bewertung C.
- Kein Standard mit Bewertung 0.
- Die Hälfte der zur Bewertung vorgelegten Standards mindestens Bewertung C.
- Total Punkte (gemäss A=1, B=2, C=3, D=4 Punkte) mindestens 25 von maximal 40 Punkten.

CESB, Netzwerk, Erst-Zertifizierung 2014 . Übersicht Standards und Gültigkeitsbereich

Nr.	Standard	Ospidal	Ospidal und Chüra mit Spitex	Chüra und Spitex
0	Grundstandard Qualitätsmanagement		X	
51	Qualitätsentwicklung		X	
1	Infektionsprävention und Spitalhygiene	X		
2	Erhebung von Patientenurteilen	X		
5	Schmerzbehandlung	X		
7	Chirurgie	X		
11	Umgang mit kritischen Zwischenfällen		X	
54	Umgang mit kritischen Zwischenfällen		X	
28	Dekubitusvermeidung und Pflege		X	
62	Dekubitusvermeidung und Pflege		X	
29	Sturzvermeidung		X	
63	Sturzvermeidung		X	
52	Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner			X
53	Pflege und Betreuung			X

Dieser Bericht ist ausschliesslich zur internen Verwendung innerhalb der Spitalregion bestimmt. Vergleiche der Bewertungen zwischen einzelnen Institutionen sind aus methodologischen Gründen nicht möglich.

Die Bewertung im Überblick

Standard	Zertifizierung Ospidal 2006	Zertifizierung Ospidal 2011	Zertifzierung CSEB (Netzwerk) 2014
Grundstandard: Qualitätsmanagement	**D**	**D**	**D**
Standard 51 Qualitätsentwicklung	*	*	
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	**D**	**D**	**D**
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	**D**	**D**	**D**
Standard 5: Schmerzbehandlung	**D**	**D**	**D**
Standard 7: Chirurgie	*	**C**	**C**
Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	*	**D**	**D**
Standard 54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	*	*	
Standard 28: Dekubitusvermeidung und -pflege		**D**	**D**
Standard 62: Dekubitusvermeidung und -pflege	*	*	
Standard 29: Sturzvermeidung	*	**D**	**D**
Standard 63: Sturzvermeidung	*	*	
Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	*	*	**D**
Standard 53: Pflege und Betreuung	*	*	**C**

*anlässlich der Zertifzierung nicht zur Überprüfung vorgelegt

Numerisch ausgedrückt[1] erreicht das CSEB insgesamt 38 Punkte bei einem möglichen Maximum von 40 Punkten und einer für die Zertifizierung minimal notwendigen Punktezahl von 25 Punkten.

[1] A = 1, B = 2, C = 3, D = 4

10 Stärken

- Das Auditteam begegnete während des Audits im CSEB durchwegs hoch motivierten Mitarbeitenden, die sich mit ihrem Betrieb identifizierten.

- Das Qualitätsmanagement im CSEB ist Chefsache.

- Im Qualitätsmanagement werden, den vorhandenen Ressourcen entsprechend, in kluger Weise Prioritäten gesetzt.

- Das Auditteam war beeindruckt davon, wie gut sich die Zusammenarbeit im Netzwerk des CSEB in kurzer Zeit entwickelt hat.

- Im Bereich Chüra ist das Prozessmanagement weitgehend eingeführt. Das Ospidal wird hier nachziehen und so die Synergien im Netzwerk nutzen.

- Ein weiteres Beispiel für Synergien, die im Netzwerk genutzt werden, ist im Rettungsdienst die Übernahme des Know-Hows aus dem Standard Schmerzbehandlung.

- Das CSEB hat für jeden Standard den Aufwand und den Ertrag bewertet und das Resultat dokumentiert.

- Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit kann als vorbildlich gelten.

- Das Auditteam war beeindruckt vom Umfang und der Qualität des Blaubuchs Medizin.

- Die Selbstbewertung bezüglich Erfüllung der Qualitätsstandards zeigt, dass sich das CSEB selbtstkritisch beurteilt. Das Auditteam bewertete mehrere Qualitätskriterien als erfüllt, die vom CSEB als nicht erfüllt oder als nur teilweise erfüllt angegeben wurden.

- Das Klinikinformationssystems Phoenix ist für Spitäler vorgesehen. Die Anpassung an die Bedürfnisse der Langzeitpflege wurde am CSEB hartnäckig über mehrere Jahre vorangetrieben und scheint nun die Erwartungen weitgehend zu erfüllen.

- Das Auditteam konnte sich anhand übersichtlich gegliederter Dokumente auf das Audit vorbereiten und wurde am Audittag optimal unterstützt.

11 Entwicklungspotenziale

- Indikatoren und Kennzahlen sind in gewissen Standards schon über mehrere Jahre gemessen und analysiert worden und haben sich als nützliche Führungsinstrumente bewährt (Quality Dashboard). Für andere Standards sind entsprechende Indikatoren und Kennzahlen noch nicht definiert worden. Das Auditteam empfiehlt, dass sich die Qualitätskommission mit der Frage auseinandersetzt, für welche Indikatoren und Kennzahlen sich die aufwendige systematische Erhebung in den verschiedenen Standards lohnt.

- In der Dokumentenführung kann die Datierung (beispielsweise von Broschüren), aber auch die konsequente Angabe von Verfasser, Freigabe und Evaluation der Gültigkeit verbessert werden.

- Am CSEB werden interne Audits durchgeführt. Das Auditteam schlägt vor, dass die Qualitätskommission die Anforderungen an reguläre interne Audits festlegt.

- Die kurzen Wege im CSEB sind ein Vorteil. Allerdings kann es zum Nachteil werden wenn Informationen und Entscheide nur mündlich kommuniziert werden und Entscheidungsträger später ausfallen oder den Betrieb verlassen. Das Auditteam regt an, dass Entscheide auf allen Ebenen durchwegs schriftlich festgehalten werden.

- Die Weiterbildung wird in einigen Bereichen des CSEB von Monat zu Monat organsiert. Das Auditteam regt an, dass die Planung der Fort- und Weiterbildung für 1 - 2 Jahre im Voraus geschieht und damit die Bedürfnisse des Betriebs, aber auch die Wünsche der Mitarbeitenden entsprechend frühzeitig erfasst werden. So ist mehr Gewähr dafür, dass die Bildungsinhalte die Weiterentwicklung des CSEB optimal unterstützen.

Bearbeitete Standards

Grundstandard Qualitätsmanagement

Gültigkeitsbereich: CSEB ohne Bogn

Zirkelmitglieder: Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal/CA Anästhesie
Verena Schütz, Direktorin Chüra
Marianne Sägesser, Leitung Pflege Akut
Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte
Berta Prevost, Stv. Qualitätsbeauftragte

Zirkelleiter: Gunzinger Philipp, Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung

Niveau: D

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

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

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in die Dokumente Qualitätspolitik und –Konzept, den Projektauftrag zum Grundstandards, in Stellenbeschreibungen, in das Weiterbildungskonzept, den Selbstbwertungsbericht zum Standard und die Liste der amtlichen Kontrollen. Am Audittag standen eine grössere Zahl weitere Dokumente tzur Verfügung.

Die Bewertung des Grundstandards Qualitätsmanagement			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)*	*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.	– ***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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
2. Das Spital hat die Richtlinien zum Qualitätsmanagement dokumentiert. Das Qualitätsmanagement motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.	– ***Richtlinien zum Qualitätsmanagement sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.*** – *Mitarbeitende kennen die für sie relevanten Richtlinien.*	*erfüllt* *erfüllt*	
3. Die Qualitätskommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Ihre Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	– *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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

4. Das Spital hat Qualitätsbeauftragte ernannt. Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	– *Eine Funktionsbeschreibung des bzw. der Qualitätsbeauftragten ist vorhanden.*	*erfüllt*	
5. Die Mitglieder der Qualitätskommission, die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden für ihre Aufgaben fort- und weitergebildet. Es besteht eine Fort- und Weiterbildungsplanung.	– *Ein Fort- und Weiterbildungsplan ist vorhanden.* – *Stattgefundene Fort- und Weiterbildungen werden ausgewiesen.*	*nicht erfüllt*	*Die Fort- und Weiterbildung wird dokumentiert. Eine Planung für die kommenden Jahre steht aus.*
6. Alle eingegangenen Beschwerden über das Spital und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert	– *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.*	*erfüllt* *erfüllt* *nicht erfüllt*	*Die Wirksamkeit der Massnahemn überprüfen.*
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.	– *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.*	*erfüllt* *erfüllt* *nicht erfüllt*	

Die Bewertung des Standards 51 Qualitätentwicklung			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Bemerkungen**
1. Die Einrichtung nimmt ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung wahr. Die Leitung setzt Qualitätsziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die Arbeiten an der Qualitätsentwicklung.	– ***Qualitätsziele sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen. Prioritäten für die Qualitätsentwicklung sind bestimmt.*** – *Die Zielerreichung wird gemessen, notwendige Anpassungen werden eingeleitet.*	*erfüllt* *erfüllt*	

2. Alle eingegangenen Rückmeldungen über die Einrichtung und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.	– ***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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
3. Die für die Einrichtung verbindlichen Gesetze und Verordnungen sind vorhanden und bekannt.	– ***Die Einrichtung erbringt den Nachweis, dass sie die gesetzlichen Vorlagen einhält.*** – *Eine Liste der erfolgten amtlichen Kontrollen und Inspektionen mit den Namen der verantwortlichen Personen in der Einrichtung, dem Datum der letzten erfolgten Kontrolle und dem Datum des Inspektionsberichtes liegt vor.*	*erfüllt* *erfüllt*	
4. Die Einrichtung informiert gegen innen und aussen über ihre Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung.	– *Ein Qualitätsbericht liegt vor und ist allgemein zugänglich.* – *Ausgewählte Kennzahlen werden jährlich zusammengestellt und kommentiert.* – *Informationsanlässe für Mitarbeitende finden statt.*	*erfüllt* *erfüllt* *nicht erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Für das Qualitätsmanagement des CSEB sind die Geschäftsleitung, die Qualitätsverantwortliche, die Qualitätskommission und die Standardzirkel (Projektgruppen) verantwortlich. Zudem treffen sich alle Zirkelleiter 1 - 2 x jährlich, um die horizontale Vernetzung zwischen den Standards zu sichern. Dort wo die Standards sowohl für das Opsidal wie auch für die Chüra gelten, sitzen Vertreter beider Bereiche in den Qualitätszirkeln.

Das Beschwerdewesen ist für die Bereiche Chüra und Ospidal noch getrennt organisiert. Das Auditteam sieht Vorteile in einer zukünftigen Vereinheitlichung des Umgangs mit Rückmeldungen im gesamten CSEB. Vorbildlich ist in der gegenwärtigen Praxis, dass sich der Direktor des Ospidals persönlich um jede Beschwerde kümmert.

Das Prozessorientierte Qualitäsmanagement (PQM) ist in der Chüra schon weitgehend eingeführt und soll auch im Ospidal umgesetzt werden. So werden in Zukunft Dokumente, fachliche Richtlinien, Standards elektronisch und stets dem aktuellen Stand entsprechend abgelegt sein. Das Suchsystem wird den Mitarbeitenden, auch über entspechende Links, das rasche Auffinden der Dokumente erleichtern

Wie die Begehung zeigte, ist das Klinikinformationssystem Phoenix erfolgreich an die Bedürfnisse der Langzeitpflege angepasst worden.

Das CSEB soll erweitert werden (Pflegegruppe Zernez, Reha-Klinik).

Die Befragung der Mitarbeitenden 2013 ist ausgewertet worden. Die Resultate wurden noch nicht in allen Betrieben des CSEB kommuniziert.

Das Auditteam konnte sich davon überzeugen, dass die gesetzlichen Vorlagen erfüllt werden. Für den Bereich Chüra erneuert der Kanton 4 jährlich die Betriebsbewilligung.

Im Ospidal und dem Pflegeheim Chüra Lischana macht der Küchenleiter Visiten auf den Abteilungen. Damit erreichen ihn Wünsche und Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten ganz direkt.

Im CSEB wird auf die in anderen Einrichtungen üblichen Informationsanlässe zum Qualitätsmanagement verzichtet. Da die Begehung zeigte, dass die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität durchwegs gut Bescheid wussten, erübrigt sich aus der Sicht des Auditteams eine entsprechende Empfehlung.

Indikatoren und Kennzahlen sind in gewissen Standards schon über mehrere Jahre gemessen und analysiert worden und haben sich als nützliche Führungsinstrumente bewährt (Quality Dashboard). Für andere Standards sind entsprechende Indikatoren und Kennzahlen noch nicht definiert worden. Das Auditteam empfiehlt, dass die Qualitätskommission sich mit der Frage auseinandersetzt, für welche Indikatoren und Kennzahlen sich die aufwendige systematische Erhebung in den verschiedenen Standards lohnt.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Die Sitzung der Zirkelleiter im Organigramm zum Qualitätsmanagement CSEB aufnehmen.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

I. Im Beschwerdewesen ein Gesamtkonzept für das CSEB erstellen, das den Umgang mit Rückmeldungen und die Überprüfung allfällig daraus resultierender Massnahmen regelt.

II. Die Fort- und Weiterbildung der Mitglieder der Qualitätskommission planen.

III. Für das Quality Dashboard festlegen, welche allgemeine Anforderungen an Indikatoren und Kennzahlen gelten und welche Messungen in den verschiedenen Qualitätsstandards erfolgen sollen.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Grundstandard (Quality Dashboard)

- Personal: Fluktuationsrate, Ospidal, Chüra

- Weiterbildungskosten, Anteil an den Personalkosten, Ospidal, Chüra

- Mitarbeiterbefragungen Ospidal, Chüra, Bogn

Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene

Gültigkeitsbereich:	Gesamtes Spital, einschliesslich Rettungsdienst, Verpflegungsbereich, Entsorgung
Zirkelmitglieder:	Marianne Sägesser, PDL Ospidal Reto Tissi, Co-Chef Chirurgie Ruth Tsoutsaios, Hausbeamtin Christian Melcher, Leiter Logistik Michael Langen, Küchenchef
Beratende Funktion:	Gian Flury, Chefarzt Medizin Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie Felix Fleisch, Infektiologie Spitäler Chur AG Corina Weber, Beraterin für Spitalhygiene Spitäler Chur AG
Zirkelleiterin:	Renate Köllemann, Hygieneverantwortliche/Pflegefachfrau OP

Niveau: D

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

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

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Projektauftrag, die Stellenbeschreibung der Hygienverantwortlichen, die Liste der Fortbildungen, den Selbstbewertungsbericht zum Standard. Am Audittag standen eine grössere Zahl weiterer Dokumente zur Verfügung.

Die Bewertung des Standards 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene			
Standardelement	**Bewertungskriterien** (Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)	*erfüllt - nicht erfüllt*	**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.	– **Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich.** – *Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert.* – *Die Einführung neuer Mitarbeitender findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.* – *Eine Weiterbildung findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.* – *Die befragten Auskunftspersonen wissen gut Bescheid.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind.	– ***Prioritäten für die nächsten 12 Monate sind bestimmt.*** – *Sie sind im Spital bekannt.* – *Ein konkreter Arbeits- und Zeitplan zur Umsetzung der prioritären Ziele ist vorhanden. Zwischenevaluationen finden statt.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
3. Die Zielerreichung wird gemessen.	– *Eine Erhebung (zum Beispiel der nosokomialen Infekte, der Wundinfekte, mikrobiologische Analysen ausgewählter Stellen, Resistenzstatistik etc.) findet statt.* – *Die Ergebnisse sind verfügbar.* – *Schwellenwerte sind vom zuständigen Gremium festgelegt.* – *Massnahmen werden (falls notwendig) getroffen.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Fachteam Hygiene ist zuständig für alle operationellen Belange.	– *Alle bezüglich Infektionsprävention und Hygiene wichtigen Bereiche des Spitals sind vertreten.*	*erfüllt*	
5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht.	– *Ein Fortbildungsplan ist vorhanden.* – *Eine spitalexterne Fortbildung ist von mindestens einem Mitglied besucht.* – *Ein Fortbildungscontrolling fand statt.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
6. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen die Institution bei Bedarf.	– *Eine kontinuierliche Beratung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt FMH für Infektiologie (fest angestellt oder extern im Auftragsverhältnis) ist gewährleistet.*	*erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Nach dem Umbau des Operationstraktes werden operative Eingriffe nun unter hygienisch hervorragenden Bedingungen durchgeführt. Der Betrieb im neuen Trakt war für die Hygieneverantwortliche mit viel Arbeit verbunden. Viele Prozesse mussten neu geregelt werden. Die Ressourcen sind mit der 20 % Stelle für die Hygienebeauftragte knapp bemessen. Auf das geplante MRSA Screening bei den Miatrbeitenden musste verzichtet werden.

Die Messungen im Rahmen der Vorgaben von Swiss NOSO haben sich gut eingespielt (postoperative Infektionen nach Hüftgelenkseinsatz, Sectio und Leistenhernien-Eingriff). Die Messresultate waren gut und entsprechend sind keine Massnahmen notwendig.

Die Begehung zeigte, dass die Mitarbeitenden die Hygienerichtlinien kennen und rasch zur Hand haben.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

– Die Hygienerichtlinien nurmehr elektronisch zur Verfügung stellen (Ausnahme: dort wo kein Zugang zum Intranet vorhanden ist).

- Die Schulung der Händehygiene planen und den Erfolg der Schulung konsequent überprüfen (Hygienebegehungen) .
- Den Gültigkeitsbereich des Standards 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene auf die Langzeitpflege und die Spitex ausdehnen und entsprechend die personellen Ressourcen (Hygiene Beauftragte) erhöhen.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene (Quality Dashboard)

- Swissnoso: postoperative Infektionen nach Hüftgelenkseinsatz, Sectio und Leistenhernien-Eingriff.

Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen

Gültigkeitsbereich:	Alle für das Spital relevanten Patientensegmente; alle im Spital durchgeführten Erhebungen; alle Stellen mit Patientenkontakten
Zirkelmitglieder:	Aldo Sala, Leiter Notfall und RD Silvia à Porta, Sekretärin Chirurgie Seraina Joos, Verwaltungsangestellte
Beratende Funktion:	Christoph Weiss, Leitender Arzt Medizin Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB
Zirkelleiter:	Aldo Platz, Leiter Finanzen

Niveau:D

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

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

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Projektauftrag zum Standard 2, das Konzept für Patientenurteile und den Selbstbwertungsbericht zum Standard. Am Audittag standen eine grössere Zahl weiterer Dokumente zur Verfügung

Die Bewertung des Standars 2 Erhebung von Patientenurteilen			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Das Spital führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch.	– ***Eine Beschreibung der Ausgangsproblematik („Wozu benötigt das Spital das Urteil seiner Patientinnen und Patienten?") liegt vor.*** – *Eine Erhebung wurde durchgeführt.* – *Die Auswertungen wurden den Mitarbeitenden im Spital in geeigneter Form bekannt gemacht.* – *Die Anonymität der Antwortenden wurde gewährleistet.* – *Alle für das Spital relevanten Patientensegmente (z. B. Ambulante, Fremdsprachige, Geriatrie, Langzeitpflege, Kinder) sind berücksichtigt.* – *Vergleiche mit anderen Spitälern (Benchmarking) wurden vorgenommen.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	*Die Befragung ambulanter Bereich ist in Vorbereitung.*
2. Bei dieser Erhebung stehen Elemente im Zentrum, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Spital betreffen.	– *Elemente ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen im Zentrum.* – *Eine Koordination mit den Informationsbedürfnissen der Projektgruppen anderer Standards ist gewährleistet.*	*erfüllt* *erfüllt*	
3. Das Spital macht klar, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand „Befragung von Patienten" angelegt ist.	– ***Die Methode der Befragung der Patienten wurde evaluiert.*** – *Die Höhe der Rücklaufquote wurde thematisiert. Falls notwendig, wurden Überlegungen zur Verbesserung der Rücklaufquote angestellt.* – *Aufwand-/Nutzen-Überlegungen wurden angestellt.* – ***Eine mittelfristige Strategie (ca. 24 Monate) zum Gegenstand „Befragung von Patienten" ist vorhanden.***	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können	– *Die Ergebnisse der Erhebungen wurden dazu verwendet, Verbesserungsmassnahmen zu konzipieren.* – *Massnahmen wurden umgesetzt.*	*erfüllt* *erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Der Entscheid in der Wahl des Fragebogens für den ambulanten Bereich (Arztpraxen) ist noch offen. 3 Instrumente sind in Prüfung.

Die NPO-Plus Befragungen bei stationären Patienten (2005, 2008, 2011) waren bezüglich Vergleich mit anderen Institutionen enttäuschend (Benchmark). Die Befragungen nach den Vorgaben von ANQ ergeben zu wenig spezifische Hinweise für die einzelnen Bereiche des CSEB. Noch ist kein sicher taugliches Befragungsinstrument in der engeren Auswahl.

Das Auditteam war beeindruckt, einerseits vom Willen des CSEB, an der externen Beurteilung und am Vergleich mit Anderen (Benchmark) festzuhalten. Dies als Ausdruck dafür, dass sich das CSEB als stets lernende Organisation versteht. Oder wie im Gespräch gesagt wurde: „Der Aufwand (..für die Fremdbewertung..) ist es uns wert"… Andererseits von der Zahl bedeutsamer Massnahmen, die auf Grund der Ergebnisse von Umfragen ergriffen worden sind. Der Qualitätskreis des P-D-C-A wird angewendet.

Die Begehung zeigte, dass die Ergebnisse von Befragungen bei den Miatarbeitenden weitgehend bekannt sind. Die wichtigsten Resultate werden pro Bereich in einem Bulletin zusammengefasst und in den Teams besprochen.

Im Rettungsdienst wird der Fragebogen überarbeitet. Die Befragung 2013 hatte ergeben, dass die Resultate nicht klar der Pistenrettung oder dem Rettungsdienst CSEB zugeordnet werden konnten.

An der Zirkelleiter-Besprechung, die 1 - 2 mal jährlich stattfindet, werden die Wünsche zu Befragungen aus den übrigen Standards gesammelt.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Den Gültigkeitsbereich des Standards 2 „Erhebung von Patientenurteilen" auf das ganze CSEB ausdehnen.
- Ein Controlling Instrument schaffen, das zuhanden der Geschäftsleitung den Nachweis dokumentiert, dass Massnahmen, die sich aus Umfragen ergeben, umgesetzt und wirksam sind.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen (Quality Dashboard)

- Befragung NPOplus 2005/2008/2011 bei stationären Patienten

- ANQ: Jährliche Befragung bei stationären Patienten

- Befragung Rettungsdienst 2013/2014

Standard 5 Schmerzbehandlung

Gültigkeitsbereich:	*Spital und Rettungsdienst*
Mitglieder Kerngruppe:	Joachim Koppenberg, Chefarzt Anästhesie Vera Gruber, Pflegefachfrau
Berater der Kerngruppe:	Gian Flury, Chefarzt Medizin Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie
Standardverantwortung:	Joachim Koppenberg, Chefarzt Anästhesie
Untergruppen	
Präklinische Schmerztherapie:	Aldo Sala, Leiter Rettungsdienst
Perioperative Schmerztherapie:	Elke Cloet, Leiterin Physiotherapie Ospidal Hedy Brunner, Hebamme Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie Marianne Sägesser, Leitung Pflegedienst Ospidal
Schmerztherapie bei Tumorschmerzen:	Gian Flury, Chefarzt Medizin Hannes Graf, Leitender Arzt Komplementärmedizin
Schmerztherapie bei speziellen Gruppen:	Matthias Büchler, Leitender Arzt Gynäkologie Hannes Graf, Leitender Arzt Komplementärmedizin

Niveau: D

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 5 Schmerzbehandlung sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Projektauftrag zum Standard 5, den Selbstbewertungsbericht mit Massnahmen und Überprüfung der Zielerreichung 2011 - 2014, die Auswertung des kontinuierlichen Monitorings August 2011 - 2014 und die Auswertung der Schmerztherapie Rettungsdienst. Am Audittag standen weitere Dokumente zur Verfügung.

Die Bewertung des Standards 5 Schmerzbehandlung			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.	– ***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 Entscheidinstanz der Einrichtung sowie von den Kadern der involvierten Fachdisziplinen und Berufsgruppen genehmigt.***	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

2. Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult.	– *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.*	*nicht überprüft* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
3. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und dafür sensibilisiert. Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet.	– *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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
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.	– *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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
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.	– *Auskunftspersonen wissen über die Ergebnisse der Evaluationen Bescheid.* – *Allfällige Revisionen sind dokumentiert und umgesetzt.*	*erfüllt* *erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Das inhaltlich überprüfte Schmerzkonzept wird seit 12 Monaten umgesetzt. Die Wirksamkeit bezüglich Schmerz, Übelkeit und Schlaf wurde in Stichproben durch die Qualitätsbeauftragte überprüft (Phoenix Patientendossiers).

Die zusätzliche Fachärztin für Anästhesiologie, die 2014 neu zum Team gestossen ist, bedeutet eine wesentliche Verstärkung für die Weiterentwicklung des Qualitätsstandards. In Planung ist eine Klinik zur stationären Behandlung von Schmerzpatienten.

Das Schmerzkonzept soll im Bereich Gynäkologie und Rettungsdienst noch konsequenter umgesetzt werden.

Assistenzärzte werden individuell durch den Zirkelleiter, Pflegefachpersonen in Kursen durch die Pflegefachfrau des Zirkels geschult.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

– Den Standards 5 „Schmerzbehandlung" auf den Bereich der Langzeitpflege und der Spitex (Chüra) ausdehnen.

- Die Überführung des Standards in den Normalbetrieb erwägen. Der Standard „Schmerzbehandlung" könnte ausserhalb des Pakets der Standards, die von sana-CERT suisse zertifiziert sind, weitergeführt werden.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 5 Schmerzbehandlung (Quality Dashboard)

- *Monitoring Wirksamkeit bezüglich Schmerz (VAS-Skala), Nausea und Schlaf. Stichproben aus Patientendossier (Phoenix)*
- *NPO-Plus Patientenbefragung 2005/2008/2011*
- *Befragung Rettungsdienst Winter 2013/2014*

Standard 7 Chirurgie

Gültigkeitsbereich:	Chirurgische Klinik
Mitglieder Zirkel:	Dr. med. Reto Tissi, Co-Chefarzt Chirurgie Dr. med. Janos Kalotai, Leitender Arzt Chirurgie Madlaina Cuorad, Pflegefachfrau
Beratug	Uschi Cadonau, QM-Beauftragte
Zirkelleitung und Koordinierung:	Claudia Nogler, Leitung Sekr. Chir/Ortho/Gyn Dr. med. Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie

Niveau: C

(Erfüllung 2 Punkte, Durchdringung 3 Punkte)

Die Elemente des Standards 7 Chirurgie sind zum Zeitpunkt der Bewertung in substantellem Ausmass erfüllt.

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Projektauftrag zum Standard 7, in Fortbildungsprogramme und den Selbstbewertungsbericht. Am Audittag standen weitere Dokumente zur Verfügung.

Die Bewertung des Standards 7 Chirurgie			
Standardelement	**Bewertungskriterien***(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien.	– ***Mindestes zu einer bestimmten Diagnose ist eine Guideline bzw. Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden.*** – *Die Guideline bzw. Handlungsrichtlinie ist im Team instruiert und eingeführt worden.* – *Mindestens eine Evaluation wurde nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden.*	*erfüllt* *erfüllt* *nicht erfüllt*	*Die Handlungsrichtlinien sind länger nicht evaluiert und aktualisiert worden.*
2. Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird regelmässig überprüft.	– ***Zu mindestens einem Thema ist mindestens ein Pflegestandard bzw. eine Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden.*** – *Dieser Pflegestandard (bzw. Handlungsrichtlinie) ist eingeführt und überprüft worden.*	*erfüllt* *nicht erfüllt*	*Die Pflegestandards sind länger nicht bearbeitet und aktualisiert 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 in-	– *Eine Ausbildung von Teammitgliedern in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt.* – ***Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung für ausgewählte häufige Eingriffe verfügbar.*** – *Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, wie verfahren wird, wenn Patienten bzw. Angehörige keine Aufklärung wünschen.*	*erfüllt* *erfüllt* *nicht erfüllt*	*Keine schriftliche Regelung vorhanden.*

formiert.			
4. Vor Einleitung der Narkose, vor der ersten chirurgischen Intervention und bevor der Patient bzw. die Patientin den Operationssaal verlässt, überprüft das Team mittels einer Checkliste, was zu einer Gefährdung des Patienten bzw. der Patientin führen könnte.	– ***Eine Checkliste ist vorhanden.*** – *Die Checkliste ist von der Klinik- bzw. Departementsleitung genehmigt und in Kraft gesetzt worden und wird angewandt.* – *Die Checkliste ist Gegenstand der Einführung neuer Mitarbeitender und von interprofessionellen Weiterbildungsveranstaltungen des Teams.* – ***Die Verantwortungen für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind eindeutig und schriftlich zugeordnet.*** – *Die Checkliste wird periodisch im Team evaluiert.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *nicht erfüllt*	*Es fehlt eine Regelung zur Verantwortung und Durchführung der einzelnen Überprüfungsschritte des Team-Time Out.*
5. Im Team finden periodische Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend und werden moderiert und protokolliert.	– *Protokolle der Besprechungen liegen vor.*	*nicht erfüllt*	
6. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch.	– *Messwerte für mindestens zwei Indikatoren über mindestens 12 Monate sind vorhanden, wurden interpretiert und im Team besprochen.*	*erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Mit dem Bezug des neuen Operationstrakts mussten die Arbeitsabläufe rund um operative Eingriffe neu geregelt werden. Zusätzlich führten personelle Engpässe dazu, dass die Arbeit am Standard nicht vorangetrieben werden konnte. So wurden seit der letzten Re-Zertifizierung des Spitals keine neuen Handlungsrichtlinien oder Pflegestandards erarbeitet oder bestehende Richtlinien überprüft.

Es ist geplant, mit der Einführung des Prozessorientierten Qualitäts Managements (PQM) Handlungsrichtlinien und Pflegestandards einheitlich und leicht auffindbar in der elektronischen Datenbank abzulegen.

Die 6 Assistenzärzte und –ärztinnen rotieren im Monatsrhythmus zwischen den Abteilungen Chirurgie und Medizin. Die Einführung in das Klinikinformationssystem Phoenix erfolgt währen der Rotation auf der Medizin.

Das Auditteam nahm Einblick in das Blaubuch Innere Medizin, das eine umfassende Sammlung von Guidelines und Handlungsrichtlinien enthält. Eine entsprechende Sammlung für die Chirurgie ist in Ansätzen vorhanden.

Dem Auditteam standen die ausgefüllten Checklisten des Team-Time-Out zur Verfügung. Die wechselnde Zusammensetzung der Operationsteams erschweren die Standardisierung der Abläufe.

Die Aufklärung vor operativen Eingriffen erfolgt durchwegs durch den Chirurgen. Die Begehung zeigte, dass standardisierte Aufklärungsprotokolle für häufige Eingriffe vorhanden sind. Pflegefachpersonen und Assistenzärzte erhalten keine formalisierte Ausbildung zu Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Für Pflegende und Assistenzärzte die Ausbildung in der Führung von Informations- und Aufklärungsgesprächen erwägen. Diese Gruppen von Mitarbeitenden haben oftmals die Aufgabe, Diagnosen, aber auch den Ablauf von Untersuchungen und kleineren Eingriffen oder medikamentöse Behandlungen zu erläutern.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

IV. Die bestehenden fachlichen Handlungsanweisungen in der Chirurgie evaluieren. Sobald es die Ressourcen erlauben, weitere Handlungsanweisungen erarbeiten und gemäss Vorgaben des PQM ablegen.

V. Schriftlich regeln, wie zu verfahren ist, wenn Patienten keine Aufklärung wünschen und wie dies dokumentiert wird.

Auflage 1

Den Prozess des Team-Time-Out beschreiben und klar definieren, wer im Prozess welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten hat und wie der Prozess dokumentiert wird.

Frist für die Auflage: Überwachungsaudit 2015.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 7 Chirurgie (Quality Dashboard)

- AQC Statistik

- ANQ: Reoperationsrate

- Swissnoso: Postoperative Infekte (Hüftgelenksersatz, Sectio, Hernienoperation)

- Bewertung des Arbeitsplatzes Assistenzarzt gemäss Vorgaben der FMH (ETH Auswertung)

Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Gültigkeitsbereich:	Alle Arztbereiche, alle Pflegestationen, Operationsbereich, Anästhesie, Röntgen, Intensivstation, Apotheke, Labor, Therapiedienste, Langzeitpflege, Spitex
Zirkelmitglieder Ospidal:	Joachim Koppenberg, Anästhesie / Direktion Christoph Weiss, Kaderarzt Medizin Andrea Lawatsch, Leitung OP Hedy Brunner, Hebamme Marianne Sägesser, Pflegedienstleitung
Zirkelmitglieder Betriebe Chüra:	Berta Prevost, FVP Betrieb Chüra Sanne Gierman, PFF Chüra Lischana Samantha Stocker, BL Spitex
Berater der Kerngruppe:	Markus Grill, BL IT
Zirkelleitung:	Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte

Niveau: C

(Erfüllung: Standard 11: 4 Punkte, Standard 54: 3 Punkte, Durchdringung Standard 11 und Standard 54: je 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 11 und 54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen sind zum Zeitpunkt der Bewertung in substantiellem Ausmass erfüllt.

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Projektauftrag , den Prozessbeschrieb (Konzept), das CIRS Info 16 und den Selbstbewertungsbericht zum Standard. Am Audittag standen weitere Dokumente zur Verfügung.

Die Bewertung des Standards 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**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.***	*erfüllt*	
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 zur Frage, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt, ist vorhanden. Der Meldeweg ist dokumentiert.*** – *Kritische Zwischenfälle werden erhoben und dokumentiert.* – *Kritische Zwischenfälle werden analysiert. Die Teams, welche die Meldungen bearbeiten und deren Ursachen analysieren, sind definiert.* – *Die interne und externe Kommunikation von kritischen Zwischenfällen, deren Analyse und entsprechender Empfehlungen bzw. Richtlinien zu deren Vermeidung ist sicher gestellt.* – *Auskunftspersonen wussten gut Bescheid.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.	– *Die Umsetzung des Konzepts wird überprüft.* – *Wissensstand und Compliance der Mitarbeitenden werden periodisch überprüft.*	*erfüllt* *erfüllt*	
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 Entscheidinstanz des Spitals ist involviert.***	*erfüllt* *erfüllt*	

Die Bewertung des Standards 54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt – nicht erfüllt*	**Bemerkungen**
1. Kritische Zwischenfälle werden systematisch erfasst und gemeldet	– ***Eine Umschreibung des in der Einrichtung verwendeten Begriffs „Kritischer Zwischenfall" liegt vor.*** – ***Der Meldeweg ist dokumentiert und bekannt. Die Zuständigkeiten sind geregelt.***	*erfüllt* *erfüllt*	
2. Kritische Zwischenfälle werden analysiert. Das Team, welches die Meldungen bearbeitet und deren Ursachen analysiert, ist definiert.	– ***Protokolle von Besprechungen liegen vor.*** – *Die interne und externe Kommunikation von kritischen Zwischenfällen, deren Analyse und entsprechender Empfehlungen bzw. Richtlinien zu deren Vermeidung ist sicher gestellt.*	*erfüllt* *erfüllt*	
3. Geeignete Massnahmen werden beschlossen und umgesetzt.	– *Wissensstand und Compliance der Mitarbeitenden werden periodisch überprüft.* – *Die Leitung der Einrichtung ist involviert.*	*erfüllt* *erfüllt*	
4. Es ist geregelt, wie und in welchen Fällen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige über aufgetretene kritische Zwischenfälle informiert werden.	– ***Ein schriftliches Informationskonzept liegt vor.*** – *Die verantwortlichen für die Information sind bestimmt und für ihre Aufgabe ausgebildet.*	*nicht erfüllt* *nicht erfüllt*	Vgl. Auflage

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Der Umgang mit kritischen Zwischenfällen wird gemäss Standard 11 und 54 kombiniert bewertet. Die Auflage zu Standardelement 4 im Standard 54 erklärt die Gesamtwertung mit einem C.

Das Auditteam beurteilt die Erweiterung des Gültigkeitsbereichs auf die Chüra (Langzeit, Spitex) als Erfolg. Neu bestehen 2 Meldekreise (Ospidal und Chüra). Die Begehung bestätigte, dass im CSEB die Sicherheitskultur gelebt wird. Man will aus Fehlern lernen und nicht Schuldige suchen. CIRS Meldungen haben auch im vergangenen Jahr zu mehreren bedeutsamen Massnahmen geführt, die Zwischenfälle vermeiden helfen.

Im Spitex-Bereich ist die Anonymisierung schwieriger. Oft werden die Fehler offen im Team besprochen und nicht als Meldung weitergegeben.

Die Bearbeitungen der Medlungen in den 2 Kreisen erfolgen fristgerecht. Im Zirkel des Meldekreises Chüra wird als Nachteil empfunden, dass kein Arzt mehr dabei ist, obwohl oft Meldungen über Probleme der Medikation bearbeitet werden.

Im Intranet ist eine Liste der bearbeiteten Fälle aufgeschaltet.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Dem Zirkel Meldekreis Chüra einen Arzt zuteilen.
- Für die Spitex klar regeln, welche Fehlermeldungen schriftlich und anonym weitergeleitet werden, damit andere Bereiche davon lernen können, und welche Art Meldungen abschliessend im Team der Spitex besprochen und protokolliert werden.
- Klarer regeln, welche Meldungen im sogenannten „Müll" landen.

<u>Auflage 2</u>

Erstellen eines schriflichen Informationskonzepts zum Standardelement 4 im Standard 54: *„Es ist geregelt, wie und in welchen Fällen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige über aufgetretene kritische Zwischenfälle informiert werden.*"

Das Informationskonzept soll im ganzen CSEB Gültigkeit haben.

Frist für die Auflage: 1 Jahr, bis zum Überwachungsaudit 2015.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 11 und 54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen (Quality Dashboard)

- Zahl der Meldungen in den Meldekreisen

- Statistik zu den Meldungen bezüglich Bereich und Problematik

- Zahl eingegegangene im Verhältnis zu bearbeiteten Fällen

- Massnahmen, die auf Grund der Meldungen umgesetzt wurden

Standard 28 Decubitusvermeidung und -pflege

Gültigkeitsbereich:	Spital bzw. Heim
Zirkelmitglieder:	
Ospidal	Gian Flury, Chefarzt Medizin
Betriebe Chüra	Anita Noggler, Dipl. Pflegefachfrau Doris Larcher, Dipl. Pflegefachfrau Gerhard Lühn, Dipl. Pflegefachmann Samantha Stocker, Dipl. Pflegefachfrau
Beratende Funktion:	Marianne Sägesser, PDL, Ospidal Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte
Standardverantwortliche:	
Ospidal	Christine Colcuc, Dipl. Pflegefachfrau
Betriebe Chüra	Berta Prevost FVP

Niveau: D

(Erfüllung: Standard 28:4 Punkte, Standard 62:3 Punkte; Durchdringung Standards 28 und 62: je 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 28 und 62 Decubitusvermeidung und -pflege sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Pflegestandard Dekubitusvermeidung und -behandlung, die Handlungsanweisung Dekubitusprophylaxe, die Broschüre „Dekubitus: Informationen für Betroffene und Angehörige" und die Selbstbewertungsberichte zu den beiden Standards. Am Audittag standen weitere Dokumente tzur Verfügung

Die Bewertung des Standards 28 Decubitusvermeidung und pflege			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**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.	– ***Richtlinien zur Beurteilung der Decubitusgefährdung sind vorhanden.*** – *Die Richtlinien sind instruiert.* – *Aktuelle, systematische Einschätzungen der Decubitusgefährdung liegen vor.*	*erfüllt* *erfüllt*	
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.	– *Die Patientinnen und Patienten sind informiert und instruiert.* – *Ergebnisse von Überprüfungen des Kenntnisstandes bei den Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden liegen vor.*	*erfüllt* *erfüllt*	

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.	– *Die durchgeführten Risiko vermindernden Massnahmen sind dokumentiert.* – ***Handlungsrichtlinien für die Prophylaxe, Erkennung, Therapie und Pflege des Decubitus sind verfügbar.*** – *Diese sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden angewendet. Die Anwendung wird überprüft.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
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.	– *Weiterbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.*	*erfüllt*	
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden gemeinsam beurteilt	– *Ein Datenerfassungs-Formular wird angewendet und ausgewertet. Die Erfassung wird auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.* – *Die Ergebnisse werden beurteilt. Protokolle der Besprechungen liegen vor.* – *Falls notwendig werden Verbesserungsmassnahmen eingeleitet.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

Die Bewertung des Standards 63 Decubitusvermeidung und Pflege			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt – nicht erfüllt*	**Bemerkungen**
1. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner wird darauf hin beurteilt, ob eine Decubitusgefährdung vorliegen könnte.	– ***Richtlinien zur Beurteilung der Gefährdung sind vorhanden.*** – *Die Richtlinien sind instruiert.* – *Aktuelle, systematische Einschätzungen der Decubitusgefährdung liegen vor.* – *Die 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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	Für die Spitex noch nicht erfüllt.
2. Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Decubitusgefährdung.	– *Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige sind informiert und instruiert.* – *Ergebnisse von Überprüfungen des Kenntnisstandes bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Angehörige sowie den Mitarbeitenden liegen vor.*	*erfüllt* *erfüllt*	
3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Decubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden doku-	– *Die durchgeführten Risiko vermindernden Massnahmen sind dokumentiert.*	*nicht überprüft*	

mentiert. Prophylaxe, Therapie und Pflege orientieren sich an für die gesamte Einrichtung verbindlichen Handlungsrichtlinien.	– ***Es sind Handlungsrichtlinien zu risikovermindernden Massnahmen und Behandlung von Decubitus, verfügbar.*** – *Diese sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden angewendet. Die Anwendung wird überprüft.*	*erfüllt* *erfüllt*	
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.	– *Weiterbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.*	*erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Das Auditteam wertet diesen Standard als vorbildlich für das im Netzwerk CSEB zu erreichende Synergiepotential.

Das CSEB strebt die Zertifizierung als Wundbehandlungszentrum an. Im bestehenden Wundambulatorium des Ospidal arbeiten vier Wundmanagerinnen, davon stehen zwei noch in der Ausbildung.

Im Bereich Spitex ist der fortgeschrittene Dekubitus selten. Die Risikoeinschätzung hat in der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, der Hausärztin, einen hohen Stellenwert. Die Mitarbeitenden wenden in der Prävention, wie auch im Standard Sturzvermeidung, Methoden der Kinästhetik an.

Für die Risikoerfassung ist das Programm im Klinikinformationssystem (Phoenix) angepasst worden und erlaubt mit wenig Aufwand die Dokumentation.

Die Mitarbeitenden wurden in den Monaten August und September 2014 zu ihrem Wissen befragt. Die Auswertung steht noch aus.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 28 Decubitusvermeidung und -pflege (Quality Dashboard)

- ANQ Prävalenzmessungen

Standard 29 Sturzvermeidung

Gültigkeitsbereich: Spital, Langzeitpflege und Spitex

Zirkelmitglieder: Dagmar Raich, Dipl. Pflegefachfrau
Gian Flury, Chefarzt Medizin
Elke Cloet, Leiterin Physiotherapie Ospidal
Berta Prevost, FVP Bereiche Chüra

Zirkelleiterin: Marianne Sägesser, PDL

Niveau: D

(Erfüllung: Standard 29: 4 Punkte, Standard 63: 3 Punkte; Durchdringung Standard 29: 4, Standard 63: 3 Punkte)

Die Elemente des Standards 29 Sturzvermeidung sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Selbstbewertungsbericht zum Standard, den Projektauftrag, das Konzept Sturzvermeidung, und die Flyer „Informationen zur Sturzvermeidung", „Übungsprogramme zur Sturzprophylaxe". Am Audittag standen eine grössere Zahl weitere Dokumente zur Verfügung

Die Bewertung des Standards 29 Sturzvermeidung			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**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.	– ***Das Konzept zur Sturzvermeidung liegt vor.*** – *Das Konzept 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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
2. Das Konzept regelt, ob und wie ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.	– ***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.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
3. Das Spital bzw. das Heim erfasst mittels Sturzereignisprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	– *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.*	*erfüllt* *nicht erfüllt*	*Die Auswertung gemäss individueller Sturzmuster erfolgt nicht.*

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.	– *Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert.* – *Die Angehörigen werden einbezogen.*	*erfüllt* *erfüllt*	
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt.	– *Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert.* – *Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert.* – *Interdisziplinäre Auswertungssitzungen finden statt. Konsequenzen werden gezogen, Massnahmen zur allfälligen Verbesserung werden ergriffen.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

Die Bewertung des Standards 63 Sturzvermeidung			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt – nicht erfüllt*	**Bemerkungen**
1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept zur Sturzvermeidung. Dieses regelt, wie mit sturzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern umgegangen wird und wie insbesondere Stürze und Sturzverletzungen vermieden werden können.	– ***Das Konzept zur Sturzvermeidung liegt vor.*** – *Das Konzept 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*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
2. Das Konzept regelt, ob und wie ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.	– ***Die Sturzrisiko-Beurteilung wird beim Eintritt vorgenommen.*** – *Zielgerichtete Massnahmen werden abgeleitet.* – *In den Bewohnerdokumentationen ist festgehalten, wann die nächste Beurteilung fällig wird.* – *Die Bewohnerdokumentationen der gefährdeten Personen sind speziell gekennzeichnet.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
3. Die Einrichtung erfasst mittels Sturzereignisprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	– *Bearbeitete Sturzereignisprotokolle liegen vor. Die Dokumentation erfolgt vollständig. Spätfolgen werden nachgetragen.* – *Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert.* – *Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
4. Weiterbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert. Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige werden informiert.	– *Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert.* – *Die Angehörigen werden einbezogen*	*erfüllt* *erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Der Kanton verlangt im stationären Langzeitbereich die fortlaufende Erfassung der Stürze. Im Akutspital kommt die Prävalenzmessung nach Vorgaben der ANQ zur Anwendung.

Sturzrisiko und stattgefundene Stürze werden im Klinikinformationssystem Phoenix dokumentiert. Die Auditoren übeprüften anlässlich der Begehung die Pflegeplanung bei Patienten mit Stürzen.

Im Spitexbereich zweifelt man wegen der hohen Dunkelziffer am Sinn einer statistischen Erfassung der Stürze. Bei den Kunden ist die Akzeptanz für Empfehlungen zur Sturzprävention unterschiedlich. Man trenne sich nicht gerne von seinen Lebensgewohnheiten.

Die Spitex dokumentiert Stürze und Sturzrisiko im RAI-HC. Die individuellen Sturzprotokolle sind sorgfältig geführt.

Die Mitarbeitenden der Spitex messen der Kinästhetik in der Sturzprävention eine wesentliche Bedeutung bei. Eine eindrückliche Zahl von Mitarbeitenden ist als Peers ausgebildet.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Die Stürze im Bereich Spitex nach Tageszeit auswerten, um Einflussfaktoren wie Medikamente, Licht, Schlaf oder Inkontinenz zu erfassen.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

VI. Die Sturzprotokolle nach individuellen Sturzmustern der einzelnen Patientinnen und Patienten auswerten (gemäss Bewertungskriterium in Element 3, Standard 29).

VII. Entscheiden, ob und wie im Bereich Spitex die Sturzraten ausgewiesen und kommentiert werden.

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 29 Sturzvermeidung (Quality Dashboard)

- Prävalenz der Stürze nach Vorgaben ANQ (Ospidal, Akutpatienten stationär)

- Sturzhäufigkeit im Langzeitpflegebereich nach Vorgaben des Kantons Graubünden

Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Gültigkeitsbereich:	Bereich Chüra
Zirkelmitglieder:	Tina Pali, Pflegegruppe Prasas-chèr Markus Jochberger, Pflegegruppe Chalamandrin Samantha Stocker, Spitex Jrène Bruderer, Pflegeheim Chüra Lischana
Beratende Funktion:	Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB
Zirkelleitung:	Verena Schütz, Direktion Betriebe Chüra

Niveau: D

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Projektauftrag zum Standard, den Selbstbewertungsbericht zum Standard und den Flyer „Die Rechte unserer Bewohner". Am Audittag standen weitere Dokumente zur Verfügung.

Die Bewertung des Standards 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt – nicht erfüllt*	**Bemerkungen**
1. Die Einrichtung verfügt über ein Dokument, das die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Bezugspersonen erläutert.	– ***Das Dokument wird jedem Bewohner und jeder Bewohnerin beim Eintritt in die Einrichtung abgegeben.*** – *Neu eintretende Mitarbeitenden werden in die Rechte eingeführt.*	erfüllt erfüllt	
2. Pflege und Betreuung respektieren die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner	– *Die Mitarbeitenden ermitteln und erkennen, welche Art der Privatsphäre die Bewohnerin bzw. der Bewohner wünscht. Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.*	erfüllt	
3. Die Einrichtung informiert die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörige darüber, welche Behandlung, Betreuung und Pflege sie erhalten und wie sie im gewünschten Umfang an Entscheiden über diese mitwirken können.	– *Bewohnerinnen und Bewohner und/oder ihre Angehörigen verstehen, wie und wann sie über medizinische Befunde, pflegerische Assessments, Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen informiert werden.* – *Die Einrichtung informiert Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörige über ihr Recht, Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen abzulehnen.*	erfüllt erfüllt	
4. Die Einrichtung unterstützt das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf respektvolle und mitfühlende Behandlung und Betreuung am Lebensende.	– ***Die besonderen Bedürfnisse sterbender Bewohnerinnen und Bewohner werden innerhalb der Einrichtung anerkannt, dokumentiert und respektiert.***	erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Die Begehung bei der Spitex zeigte, dass die Kunden systematisch über ihre Rechte informiert werden. Die Einsatzleiterin überprüft die Informationen anhand einer Checkliste. In der stationären Langzeitpflege werden ebenfalls alle Bewohner und Bewohnerinnen, z.T. die Angehörigen, informiert.

Allgemein bestehe ein grosses Interesse an diesem Thema. Die Mitarbeitenden sind froh, sich mit Hilfe des Standards auf klare Vorgaben stützen zu können.

Die Broschüre für Angehörige ist informativ und gut lesbar.

Auch für diesen Bereich wurde das Programm des Klinikinformationssystems Phoenix angepasst, insbesondere was Aspekte von Palliative Care betrifft.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Klar regeln, unter welchen Bedingungen Organisationen, die Beihilfe zum Suizid leisten (wie EXIT und Dignitas) im Bereich CSEB informieren und beraten dürfen (Vereinbarkeit mit KESG).

Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner (Quality Dashboard)

- *Zahl der in den Standard eingeführte Mitarbeitenden im Vergleich zur Gesamtzahl der Mitarbeitenden*
- *Informationsstand der Klienten respektive Bewohner und Bewohnerinnen*
- *Evaluation Gewaltereignisse*
- *Beschwerden*

Standard 53 Pflege und Betreuung

Gültigkeitsbereich:	Bereich Chüra
Zirkelmitglieder:	Anita Noggler, Bereichsleitung, PGP Romana Riedl, Fachfrau Gesundheit, CHL Sandra Luzzi, Einsatzleitung, Spitex Kathrin Schuchter, dipl. Pflegefachfrau, PGS
Beratende Funktion:	Verena Schütz, Direktorin Chüra Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte
Standardverantwortliche:	Berta Prevost, FVP Chüra

Niveau: C

(Erfüllung 3 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 53 Pflege und Betreuung sind zum Zeitpunkt der Bewertung in substantiellem Ausmass erfüllt.

Das Auditteam nahm vor dem Audit Einblick in den Projektauftrag, das Pflegeleitbild Pflegegruppe „Chalamandrin", das Pflege- und Betreuungskonzept „Chüra Lischana", den Selbstbewertungsbericht zum Standard. Am Audittag standen weitere Dokumente zur Verfügung.

Die Bewertung des Standards 53 Pflege und Betreuung			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt – nicht erfüllt*	**Bemerkungen**
1. Die Einrichtung stellt sicher, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner mit einem anerkannten Instrument zur Pflegebedarfseinstufung 2 erfasst werden.	– ***Eine Methode zur Pflegebedarfseinstufung wurde ausgewählt.***	erfüllt	
	– *Die Methode ist eingeführt.*		
	– *Die erste Einstufung wird im Bewohnerdossier innert der vereinbarten Frist dokumentiert.*	erfüllt	
	– *Alle Bewohnerinnen und Bewohner werden innert vereinbarten Fristen erneut eingestuft.*	erfüllt	
	– *In der Einrichtung wird regelmässig kontrolliert, ob das Instrument korrekt und fristgerecht angewendet wird. Nachweise sind vorhanden.*	erfüllt	
2. Für jede Bewohnerin und für jeden Bewohner wird eine individuelle Pflegeplanung vorgenommen und umgesetzt.	– *Die Erkenntnisse aus der Pflegebedarfseinstufung werden innert vereinbarter Frist in Form von Zielvereinbarungen und Massnahmen in die Pflegeplanung umgesetzt.*	erfüllt	
	– *In der Einrichtung wird regelmässig kontrolliert, ob die Pflegeplanung aktuell ist.*	erfüllt	
3. Pflegende arbeiten mit Pflegestandards und Handlungsanweisungen.	– ***Die Pflegestandards und Handlungsanweisungen sind allen Mitarbeitenden zugänglich.***	erfüllt	
	– *Diese sind instruiert und umgesetzt.*		

[2] BESA, RAI-NH, PLAISIR oder ähnliches

	– *Die Pflegestandards und Handlungsanweisungen werden innert vereinbarter Fristen überprüft und evaluiert.*	nicht erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Das Klinikinformationssystem Phoenix wurde an die Bedürfnisse der Langzeitpflege angepasst. Die Informationen zu den Patienten und Bewohnern sind damit sowohl im Ospidal wie im Langzeitpflegebereich Chüra auf der gleichen Datenplattform abgelegt und für die betreuenden Mitarbeitenden zugänglich. Beim Übertritt vom Akutspital in den Langzeitbereich und umgekehrt stehen alle Informationen in vollem Umfang zur Verfügung. Damit wird eine hohe Sicherheit insbesondere in der Weiterführung der medikamentösen Behandlungen erreicht.

Die Schulung der Dokumentation im Phoenix ist noch nicht abgeschlossen. Anlässlich der Begehung war das Auditteam aber beeindruckt davon, wie gut sich die Mitarbeitenden im Intranet und im Phoenix zurechtfinden.

In der weiteren Entwicklung des Standards ist die Arbeit an Konzepten für Demenz, Ernährung und Schmerzbehandlung geplant (Übernahme des Standards 5 von sanaCERT suisse). Das Gesundheitsamt des Kantons Graubünden macht in diesen Bereichen eigene Vorgaben.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

VIII. Überprüfung von Handlungsanweisungen und Pflegestandards: Evaluationen, Aktualisierungen, Fristen festlegen (und wenn möglich in jedem Dokument vermerken; Dokumentenführung)

Ermittelte Kennzahlen und Indikatoren für den Standard 53 Pflege und Betreuung (Quality Dashboard)

- Noch nicht bestimmt.

12 Auflagen und Empfehlungen

Auflagen

Es werden zwei Auflagen ausgesprochen.

Standard	**Standard-element oder Bewertungs-kriterium**	**Feststellungen des Auditteams**	**Auflage des Auditteams**	**Frist zur Erledigung**
Standard 7	Element 4 ***Die Verantwortungen für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind eindeutig und schriftlich zugeordnet.***	*Es fehlt eine Regelung zur Verantwortung und Durchführung der einzelnen Überprüfungsschritte des Team-Time Out.*	**<u>Auflage 1</u>** Den Prozess des Team-Time-Out beschreiben und klar definieren, wer im Prozess welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten hat und wie der Prozess dokumentiert wird.	Überwachungs-audit 2015
Standard 11 und 54	Standard 54, Element 4 *„Es ist geregelt, wie und in welchen Fällen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige über aufgetretene kritische Zwischenfälle informiert werden."*	*Eine Regelung fehlt.*	**<u>Auflage 2</u>** Erstellen eines schriflichen Informationskonzepts zum Standardelement 4 im Standard 54: *„Es ist geregelt, wie und in welchen Fällen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige über aufgetretene kritische Zwischenfälle informiert werden."* Das Informationskonzept soll im ganzen CSEB Gültigkeit haben.	Überwachungs-audit 2015

Empfehlungen

Das Auditteam formuliert eine Empfehlung, falls ein Element eines Qualitätsstandards nicht voll erfüllt ist oder falls die Empfehlung einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leistet. Empfehlungen müssen vom Spital nicht umgesetzt werden.

Standard	**Empfehlungen des Auditteams**	
Grundstandard	I.	Im Beschwerdewesen ein Gesamtkonzept für das CSEB erstellen, das den Umgang mit Rückmeldungen und die Überprüfung allfällig daraus resultierender Massnahmen regelt.
	II.	Die Fort- und Weiterbildung der Mitglieder der Qualitäskommission planen.
	III.	Für das Quality Dashboard festlegen, welche allgemeine Anforderungen an Indikatoren und Kennzahlen gelten und welche Messungen in den verschiedenen Qualitätsstandards erfolgen sollen.
	IV.	Die bestehenden fachlichen Handlungsanweisungen in der Chirurgie evaluieren. Sobald es die Ressourcen erlauben, weitere Handlungsanweisungen erarbeiten und gemäss Vorgaben des PQM ablegen.
	V.	Schriftlich regeln, wie zu verfahren ist, wenn Patienten keine Aufklärung wünschen und wie dies dokumentiert wird.
Standard 29 und 63 Sturzvermeidung	VI.	Die Sturzprotokolle nach individuellen Sturzmustern der einzelnen Patientinnen und Patienten auswerten (gemäss Bewertungskriterium in Element 3, Standard 29)
	VII.	Entscheiden, ob und wie im Bereich Spitex die Sturzraten ausgewiesen und kommentiert werden.
Standard 53 Pflege und Betreuung	VIII.	Überprüfung von Handlungsanweisungen und Pflegestandards: Evaluationen, Aktualisierungen, Fristen festlegen (und wenn möglich in jedem Dokument vermerken; Dokumentenführung)

13 Antrag und Dank

Antrag auf Zertifizierung

Gestützt auf die Ergebnisse des Erst-Zertifizierungsaudits Stufe 2 im Netzwerk vom 3. und 4. November 2014 stellt das Auditteam der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

1. *Das Qualitätsmanagement des CSEB ist für 3 Jahre, d.h. bis zum 10. Februar 2018 zu zertifizieren.*
2. *Voraussetzung ist, dass die beiden Auflagen bis zum Überwachungsaudit 2015, dh. innerhalb von 12 Monaten, erfüllt sind.*
3. *Die Empfehlungen dieses Berichtes zu unterstützen.*
4. *Das nächste Überwachungsaudit wird im Jahr 2015 fällig. Das zweite und letzte Überwachungsaudit vor der Re-Zertifizierung wird im Jahr 2016 fällig werden.*

Dank

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