



Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen



Zertifizierung des Qualitätsmanagements

**Center da sandà Engiadina Bassa
Gesundheitszentrum Unterengadin
CSEB**

Bericht zum

Überwachungs-Audit 2015

vom 2. Dezember 2015

Berichterstatter Dr. med. Peter Ueberschlag, Projektleiter SanaCERT Suisse

St. Gallen, 6.1.2016
Auftrag Nr. AH 2015.13.02

Inhalt		Seite
1	Einleitung	3
2	Auditteam	3
3	Audit-Ziele	4
4	Das Audit-Programm	5
5	Stärken	6
6	Entwicklungspotenzial	6
7	Ergebnisse des Audits	7
	a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht	7
	b) Allgemeine Überprüfung	8
	c) Auflagen aus der Erst-Netzwerkzertifizierung 2014	9
	d) Konsequenzen aus den Empfehlungen	9
	e) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen	10
8	Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen	13
9	Auflagen	14
10	Empfehlungen	14
11	Anträge	14

SanaCERT Suisse Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
Effingerstrasse 55 | 3008 Bern | Tel 031 333 72 63 | www.sanacert.ch info@sanacert.ch

1 Einleitung

Am 2. Dezember 2015 hat der Auditor im Auftrag der Stiftung SanaCERT Suisse die Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems nach der Erst-Netzwerkzertifizierung überprüft.

CSEB Netzwerk	
Erst-Zertifizierungs-Audit Ospidal	22./23. November 2006
Erstes Re-Zertifizierungs-Audit Ospidal	29./30. November 2011
Erst-Netzwerkzertifizierungs-Audit (Ospidal, Langzeit und Spitex)	3./4. November 2014

Das aktuell gültige Zertifikat trägt das Datum vom 11. Februar 2015 und ist bis zum 10. Februar 2018 gültig.

Diese Überprüfung vom 2. Dezember 2015 ist im Einzelnen im Spezialreglement der Stiftung SanaCERT Suisse für das Überwachungs-Audit vom 4. November 2005 (revidiert am 20. Juni 2011) geregelt und entspricht der Norm EN ISO/IEC 17021:2011.

Die Überprüfung geschah in drei Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierte und bewertete der Auditor den vom CSEB vor dem Audit eingereichten Selbstbewertungsbericht.
- Am Audit-Tag nahm der Auditor Einsicht in zusätzlich aufgelegte Unterlagen.
- Schliesslich führte der Auditor zu ausgewählten Standards Gespräche mit Mitgliedern der Geschäftsleitung, mit der Qualitätsbeauftragten und mit ausgewählten Mitarbeitenden zu den einzelnen Standards.

2 Auditteam

Auditor: Peter Ueberschlag, Dr. med., Projektleiter SanaCERT Suisse, St. Gallen

3 Audit-Ziele

Der Auditor hatte zu beurteilen, ob das am 3./4. November 2014 von der Stiftung SanaCERT Suisse zertifizierte Qualitätsmanagementsystem des CSEB weiter funktioniert und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zum 10. Februar 2018 gegeben sind.

Der Auditor hatte insbesondere zu ermitteln:

1. Verfügt das CSEB weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen und strategischen Führung verankert ist?
2. Sind die 2 Auflagen aus dem Erst-Netzwerkzertifizierungs-Audit 2014 erfüllt worden?
3. Sind die acht Empfehlungen aus dem Erst-Netzwerkzertifizierungs-Audit 2014 thematisiert, gegebenenfalls befolgt worden?
4. Haben sich seit dem letzten externen Audit 2014 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit der Einrichtung ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?
5. Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?

Der Auditor hatte ferner die Möglichkeit, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bis zur Re-Netzwerkzertifizierung im Jahr 2018 zu formulieren. Empfehlungen sollen vom CSEB später thematisiert und, falls für nützlich befunden, umgesetzt werden.

Der Auditor formuliert auch Anmerkungen, die der Qualitätsentwicklung dienen. Das CSEB soll die Anmerkungen zur Kenntnis nehmen, braucht diese aber nicht zu thematisieren oder umzusetzen.

4 Das Audit-Programm

09.30 – 11.00	Beginn des Audits. Einsichtnahme durch den Auditor in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen (<i>gemäss Liste aufgelegte Unterlagen zur Einsicht am Audit-Tag vom 2.12.15</i>)
11.00 – 11.15	<p>Eröffnungssitzung: Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitung CSEB und des Qualitätsmanagements.</p> <p>Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits</p> <p><i>Teilnehmende: Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Mitglied GL CSEB; Verena Schütz, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied GL CSEB; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB</i></p>
11.15 – 12.15	<p>Gespräch zum Grundstandard Qualitätsmanagement/</p> <p>51 Qualitätsentwicklung</p> <p><i>Teilnehmende: Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Mitglied GL CSEB, Zirkelmitglied; Verena Schütz, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied GL CSEB; Zirkelmitglied; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB, Zirkelmitglied</i></p>
12.15 – 12.45	Mittagessen (<i>Auditor allein</i>)
12.45 – 15.20	Gespräche zur Arbeit an den Standards:
12.45 – 13.30	<p>1. Standard 11/54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen</p> <p><i>Teilnehmende: Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Mitglied GL CSEB, Zirkelmitglied; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB, Zirkelmitglied; Prevost Berta, Fachverantwortliche Betriebe Chüra, Zirkelmitglied; Stocker Samantha, Einsatzleitung Spitex, Zirkelmitglied Betrieb Spitex; Gierman Sanne, dipl. Pflegefachfrau, Zirkelmitglied, PH Chüra Lischana</i></p>
13.40 – 14.25	<p>2. Standard 53: Pflege und Betreuung</p> <p><i>Teilnehmende: Prevost Berta, Fachverantwortliche Betriebe Chüra, Zirkelmitglied; Gierman Sanne, dipl. Pflegefachfrau Zirkelmitglied PH Chüra Lischana; Nogglar Anita, dipl. Pflegefachfrau, Bereichsleiterin Zirkelmitglied, PG Prasad-chèr</i></p>
14.35 – 15.20	<p>3. Standard 29/63: Sturzvermeidung</p> <p><i>Teilnehmende: Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin, Zirkelmitglied Ospidal; Cloet Elke, Bereichsleiterin Physiotherapie, Zirkelmitglied Ospidal; Prevost Berta, Standardverantwortliche Betriebe Chüra, Fachverantwortliche Pflege, Zirkelmitglied; Nogglar Anita, dipl. Pflegefachfrau, Bereichsleiterin, Zirkelmitglied PG Prasad-chèr</i></p>

15.20 – 16.15	Bewertung (Auditor allein)
16.15 – 16.45	Schlussgespräch: Teilnehmende: Gunzinger Philipp, Direktor und Vorsitzender der GL CSEB, Zirkelleiter "Grundstandard"; Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Mitglied GL CSEB; Verena Schütz, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied GL CSEB; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB
16.45	Ende des Audits

5 Stärken

- Die vorausschauende Planung ist im Qualitätsmanagement des CSEB tief verankert.
- Der Inhalt des Jahresberichtes 2014 zeigt die grosse Offenheit und die konsequente Transparenz einer lernenden Organisation.
- Die Vorteile der "Kleinheit" des CSEB wird konsequent in allen Bereichen des Qualitätsmanagement genutzt.
- Konsequent werden in die Überlegungen zum Qualitätsmanagement folgende Fragen einbezogen:
 - wohin zusammen?
 - wohin allein?
 - wohin noch auf anderen Gebieten (z.B. Clinica CURATIVA, Projekt "Nationalparkregion-Gesundheitsregion")?

6 Entwicklungspotenzial

- "Wie erhalte ich das erreichte Niveau" (Zitat, Dr. med. G. F. Flury, CA Medizin, 2.12.2015)
- dazu konkrete Vorgaben für das Qualitätsmanagement des CSEB erstellen.

7 Ergebnisse des Audits

a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht

Grundlage:

Selbstbewertungsbericht CSEB vom 13.10.2015

Überprüfungsfrage	Antwort	Bemerkungen
1. Ist der Selbstbewertungsbericht nicht älter als acht Monate (gerechnet vom Datum des Überwachungsaudits an)?	Ja	Erstellt am 10.10.2015
2. Ist der Selbstbewertungsbericht von der obersten operativen Entscheidungsinstanz der zertifizierten Einrichtung genehmigt worden? Trägt der Selbstbewertungsbericht einen entsprechenden Vermerk? Trägt der Selbstbewertungsbericht ein Datum der Genehmigung?	Ja	Freigegeben durch Geschäftsleitung am 13.10.2015
3. Hat die Selbstbewertung auf der Grundlage von Ergebnissen interner Audits stattgefunden?	Ja	Siehe: Seite 7 von 10 des Selbstbewertungsberichtes 2015
4. Enthält der Selbstbewertungsbericht Angaben über die Art und Weise der Durchführung der internen Audits, das heisst, darüber, was durch wen, wann und mit welchen Methoden überprüft worden ist?	Ja	Siehe: Seite 7 von 10 des Selbstbewertungsberichtes 2015
5. Enthält der Selbstbewertungsbericht für jeden Standard einen kurzen Bericht über die Ergebnisse der durchgeführten Selbstbewertung?	ja	
6. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass das Qualitätsmanagementsystem auf seine Zweckmässigkeit und Wirksamkeit überprüft worden ist?	ja	Wurde im Gespräch zum Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51 Qualitätsentwicklung thematisiert.
7. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass die Erreichung von festgelegten Qualitätszielen beurteilt worden ist?	Ja	Siehe: Selbstbewertungsbericht 2015
8. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass Massnahmen zu Nichtkonformitäten (Empfehlungen, zwingende Auflagen) ergriffen worden sind, die während des vorhergehenden externen Audits festgestellt wurden?	Ja	

b) Allgemeine Überprüfung

Überprüfungsfrage	Antwort	Bemerkungen
<p>1. Beteiligung der obersten operativen Entscheidungsinstanz</p> <p>1.1 Ist das Thema Qualitätsmanagement bzw. Risikomanagement in den vergangenen zwölf Monaten anlässlich von Sitzungen der obersten operativen Entscheidungsinstanz traktandiert und behandelt worden?</p>	Ja	Einsichtnahme in Sitzungsprotokolle der GL und der Q-Kommission
<p>2. Rückmeldungen (Beschwerden)</p> <p>2.1 Sind Rückmeldungen (Beschwerden) aus den vergangenen zwölf Monaten dokumentiert?</p>	Ja	Am Audit eingesehen
<p>3. Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen</p> <p>3.1 Ist eine aktuelle Liste verfügbar?</p>		Liste genehmigt durch J. Koppenberg am 24.11.2015
<p>4. Organigramm</p> <p>4.1 Liegt ein aktuelles Organigramm der zertifizierten Einrichtung vor?</p>	Ja	Freigegeben durch die GL am 13.10.2015
<p>5. Funktionsbeschreibungen</p> <p>5.1 Sind für alle mit der Leitung und Koordination des Qualitätsmanagementsystems beauftragten Personen aktuelle Funktionsbeschreibungen verfügbar?</p> <p>5.2 Sind in den Funktionsbeschreibungen die Stellvertretungen geregelt?</p>	Ja Ja	Stellenbeschrieb vom 28.07.2015 Stellenbeschrieb vom 28.07.2015

c) Auflagen aus der Erst-Netzwerkzertifizierung 2014

Nr.	Standard	Auflage	Frist	Status Bemerkungen
1	Standard 7, Element 4: Die Verantwortungen für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind eindeutig und schriftlich zugeordnet	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	Auflage erfüllt: Diese Auflage wurde durch den CA Chirurgie bearbeitet, indem der Prozess durch ihn geregelt worden ist und per Mail alle betroffenen Mitarbeitenden darüber informiert worden sind.
2	Standard 54, Element 4: Es ist geregelt, wie und in welchen Fällen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige über aufgetretene kritische Zwischenfälle informiert werden.	Erstellen eines schriftlichen Informationskonzepts zum Standardelement 4 im Standard 54: <i>"Es ist geregelt, wie und in welchen Fällen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige über aufgetretene kritische Zwischenfälle informiert werden."</i> Das Informationskonzept soll im ganzen CSEB Gültigkeit haben.	Überwachungs-Audit 2015	Auflage erfüllt: Es wurde beschlossen, dass generell nicht über einzelne CIRS-Fälle informiert wird, sondern dass es ein anonymes Meldesystem gibt und kritische Zwischenfälle bearbeitet werden. Diese Information liegt den PatientInnen, den BewohnerInnen und den KlientInnen schriftlich vor.

d) Konsequenzen aus den Empfehlungen

zum Standard	Empfehlungen aus dem Erst-Zertifizierungsaudit vom 3./4. November 2014	Status	Bemerkungen
Grundstandard	I. Im Beschwerdewesen ein Gesamtkonzept für das CSEB erstellen, das den Umgang mit Rückmeldungen und die Überprüfung allfällig daraus resultierender Massnahmen regelt.	In Bearbeitung	
	II. Die Fort- und Weiterbildung der Mitglieder der Qualitätskommission planen.	In Bearbeitung	
	III. Für das Quality Dashboard festlegen, welche allgemeinen Anforderungen an Indikatoren und Kennzahlen gelten und welche Messungen in den verschiedenen Qualitätsstandards erfolgen sollen.	In Bearbeitung	
	IV. Die bestehenden fachlichen Handlungsanweisungen in der Chirurgie evaluieren. Sobald es die Ressourcen erlauben, weite-	In Bearbeitung	

	re 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.	In Bearbeitung	
Standard 29 und 63 Sturzvermeidung	VI. Die Sturzprotokolle nach individuellen Sturzmustern der einzelnen Patientinnen und Patienten auswerten (gemäss Bewertungskriterium in Element 3, Standard 29).	In Bearbeitung	
	VII. Entscheiden, ob und wie im Bereich Spitex die Sturzraten ausgewiesen und kommentiert werden.	In Bearbeitung	
Standard 53 Pflege und Betreuung	VIII. Überprüfung von Handlungsanweisungen und Pflegestandards: Evaluationen, Aktualisierungen, Fristen festlegen (und wenn möglich in jedem Dokument vermerken; Dokumentenführung)	In Bearbeitung	

e) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen

Allgemeine Bemerkungen

Das erste Überwachungs-Audit nach der Netzwerkzertifizierung 2014 fand in einer angenehmen, offenen und vertrauensvollen Atmosphäre statt.

Durch die Auswahl der im Überwachungs-Audit explizit besprochen Standards, aber auch durch die Auswahl der Gesprächsteilnehmenden, wurde die Bedeutung des Qualitätsmanagement für das gesamte Netzwerk CSEB eindrücklich aufgezeigt.

Seit dem Netzwerkzertifizierungs-Audit 2014 kam neu die "Pflegetherapeutische Gruppe Zerne" zum CSEB dazu. Per 1.1.2016 erweitert sich das CSEB auch durch die Clinica CURATIVA. Es wird interessant sein, wie diese neuen Bereiche in das Qualitätsmanagement CSEB einbezogen werden.

Es ist schon jetzt festgelegt, dass der Standard 7 Chirurgie bei der Re-Netzwerkzertifizierung nicht mehr zum Standard-Set gehören wird. Dieser Standard wird durch den Standard 66 Palliative Betreuung ersetzt.

Die Form des Selbstbewertungsberichtes, wie diese durch das CSEB gewählt wurde, hat sich aus Sicht des Auditors bewährt. Ebenso waren die ausgewählten Unterlagen welche am Audit-Tag auflagen, durch die gute Aufarbeitung sehr informativ und in deren Menge für den Auditor auch überschaubar.

Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51 Qualitätsentwicklung

*Teilnehmende: Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Mitglied GL CSEB, Zirkelleiter;
Verena Schütz, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied GL CSEB, Zirkelmitglied;
Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB, Zirkelmitglied*

Ein Hauptpfeiler in der Qualitätsarbeit ist das konsequente Arbeiten mit dem PDCA-Kreislauf. Dieser Pfeiler ist im CSEB sehr gross geschrieben. Man erkennt dies in den Arbeiten bei allen Standards, aber auch in den Arbeiten der Geschäftsleitung/Q-Kommission im QM-Bereich.

Konsequent werden Jahresziele durch die Qualitätskommission festgelegt und auch überprüft. Konsequent werden die Auflagen, Empfehlungen und Anregungen aus der Netzwerkzertifizierung angegangen und umgesetzt.

Ein weiterer Pfeiler, die Nutzung von Synergien, wird vorbildlich ausgenützt, ohne dass die verschiedenen Bereiche und die verschiedenen Berufsgruppen ihre Identität verlieren würden.

Erwähnenswert ist zudem, dass es der Geschäftsleitung überzeugend gelingt alle internen und externen Qualitätsanforderungen unter einen Hut zu bringen.

Die 7 Standardelemente Grundstandard Qualitätsmanagement / die 4 Standardelemente Qualitätsentwicklung werden konsequent bearbeitet. Dies wird im Gespräch, im Selbstbewertungsbericht und im Qualitätsbericht H+ 2014, aber auch in den aufgelegten Unterlagen, klar aufgezeigt.

Standard 1 Infektionsprävention Spitalhygiene

Die Inhalte dieses Standards werden konsequent durch Schulungen, Messungen, etc. umgesetzt. Durch eine Erhöhung der Stellenprozente für die Hygieneverantwortliche wird dies dazu noch vertieft möglich.

Im Rahmen dieses Standards wird richtigerweise der Hauptfokus auf die Compliance der Händehygiene aller betroffenen Mitarbeitenden gelegt.

Alle Teilelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen

Die 4 Elemente dieses Standards sind voll umfänglich in Bearbeitung.

Es werden die verschiedenen Zufriedenheitsmessungen, sowohl der stationären, als auch der ambulanten PatientInnen, BewohnerInnen und KlientInnen vorausschauend koordiniert.

Die Anregungen aus dem Netzwerkzertifizierungs-Audit wurden vertieft diskutiert.

Standard 5 Schmerzbekämpfung

Bei diesem Standard ist speziell zu erwähnen, dass von Seiten des Kantons Graubünden noch keine Entscheidung getroffen wurde, ob künftig ein Vorlegen eines Schmerzstandards als zwingend für die Leistungsvereinbarung nötig ist. Die 5 Elemente dieses Standards wurden deshalb im Rahmen des bestehenden Gültigkeitsbereiches weiter bearbeitet. Dabei wird aber immer auf die Nutzung von Synergien für die anderen Bereiche geachtet.

Die Teilelemente des Standards sind umfänglich bearbeitet.

Standard 7 Chirurgie

Dieser Standard wird bis zur Re-Netzwerkzertifizierung 2018 durch den Standard 66 Palliative Betreuung abgelöst werden. Die bevorstehende Pensionierung des chirurgischen Co-Chefarztes wird genutzt um der neuen Leitung eine mögliche Neupositionierung des Qualitätsmanagement in der Chirurgie zu ermöglichen. Trotzdem werden die 6 Standardelemente weiter bearbeitet. Die Auflage wurde erfüllt und die Empfehlungen bearbeitet.

Standard 11 / 54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Teilnehmende: Uschi Cadonau, Zirkelleiterin; Dr. med. Joachim Koppenberg, Zirkelmitglied; Prevost Berta, Fachverantwortliche Pflege, Zirkelmitglied; Stocker Samantha, Spitex, Zirkelmitglied; Gierman Sanne, dipl. Pflegefachfrau, Zirkelmitglied

Im Gespräch wurden die Themen:

- KZ: Eingegangene Meldung im Verhältnis zu bearbeiteten Meldungen
- Definition was ist eine "richtige" CIRS Meldung
- Kompetenzen für Einleitung von Massnahmen aus eingegangenen CIRS Meldungen

diskutiert und im Bezug zu den Aktivitäten im CSEB gestellt.

Für den Auditor ist die Auflage aus der Netzwerkzertifizierung 2014 erfüllt. Ebenso wurden die Anregungen behandelt. Die 4 Standardelemente wurden vollumfänglich bearbeitet.

Standard 28 / 62 Dekubitusvermeidung und - pflege

Die Standardelemente im Standard 28 und 62 sind vollumfänglich in Bearbeitung. Insbesondere wird darauf geachtet, dass die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit überprüft wird.

Speziell zu erwähnen ist, dass das CSEB die SAFW Anerkennung als Wundzentrum im Dezember 2015 erhalten hat.

Standard 29 / 63 Sturzvermeidung

Teilnehmende: Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin, Zirkelmitglied Ospidal; Cloet Elke, Bereichsleiterin, Physiotherapie, Zirkelmitglied Ospidal; Prevost Berta, Fachverantwortliche Pflege, Zirkelmitglied; Gierman Sanne, dipl. Pflegefachfrau, Zirkelmitglied; Noggler Anita, dipl. Pflegefachfrau, Bereichsleiterin, Zirkelmitglied PG Prasang-chèr

Ein wichtiges Thema in der letzten Zeit war der Wechsel in der Durchführung des Sturz-Assessment. Dabei wurde auch die Gelegenheit genutzt diesen Standard wieder unternehmensweit zu schulen. Ein wohl sehr wichtiger Marker für die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit ist die Auswertung des Verletzungsindex. Dieser konnte gesenkt werden, was die bestehende Qualität im CSEB wohl unterstreicht. Die Empfehlungen aus der Netzwerkzertifizierung wurden bearbeitet.

Für den Auditor ist dieser Standard im gesamten CSEB vollumfänglich in Bearbeitung.

Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Dieser Standard mit dem Gültigkeitsbereich Betriebe der Langzeitpflege ist weiterhin vollumfänglich in Bearbeitung. Die Zielsetzungen sind bis 2017 festgelegt worden.

Standard 53: Pflege und Betreuung

Teilnehmende: Prevost Berta, Fachverantwortliche Pflege, Zirkelmitglied; Gierman Sanne, dipl. Pflegefachfrau, Zirkelmitglied; Noggler Anita, dipl. Pflegefachfrau Bereichsleiterin, Zirkelmitglied PG Prasas-chèr

Im Gespräch wurden die Zielsetzungen 2014 -2017 diskutiert.

Dabei wird die Verbindung zum Standard Palliative Betreuung immer wieder angesprochen. Die Empfehlung VIII aus dem Netzwerkzertifizierungs-Audit wurde bearbeitet.

8 Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen

Fragen	Antwort	Bemerkungen
1. Verfügt die Einrichtung weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen (und strategischen) Führung verankert ist?	Ja	
2. Sind die Auflagen aus dem Erst-Netzwerkzertifizierungs-Audit 2014 erfüllt worden?	ja	
3. Sind die Empfehlungen aus dem Erst-Netzwerkzertifizierungs-Audit 2014 thematisiert, gegebenenfalls befolgt worden?	ja	
4. Haben sich seit dem Audit vom 3./4. November 2014 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit der Einrichtung ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?	Ja	Das CSEB wurde um die Pflegegruppe "Zernez" erweitert. Ab 1.1.2016 neuer Bereich Clinica CURATIVA operativ.
5. Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?	ja	

9 Auflagen

Es wird im Überwachungs-Audit 2015 keine Auflage formuliert.

10 Empfehlungen

Es wird im Überwachungs-Audit 2015 keine Empfehlung formuliert.

11 Anträge

Gestützt auf die Ergebnisse des Überwachungs-Audits vom 2. Dezember 2015 stellt der Auditor der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

- 1) Die Netzwerkzertifizierung ist bis zum **10. Februar 2018** aufrecht zu erhalten.*
- 2) Im Jahr 2016 ist ein erneutes Überwachungs-Audit fällig.*