



SanaCERT Suisse

Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Effingerstrasse 55, CH-3008 Bern, Tel. 031 333 72 63
info@sanacert.ch, www.sanacert.ch



Zertifizierung des Qualitätsmanagements

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

Bericht zum

Überwachungs-Audit 2016

vom 13. Dezember 2016

Berichterstatter

Dr. med. Peter Ueberschlag, Projektleiter SanaCERT Suisse

St. Gallen, 8.1.2017
Auftrag Nr. AH 2016.13.02

| Inhalt | | Seite |
|---------------|--|-------|
| 1 | Einleitung | 3 |
| 2 | Auditteam | 3 |
| 3 | Audit-Ziele | 4 |
| 4 | Das Audit-Programm | 5 |
| 5 | Stärken | 7 |
| 6 | Entwicklungspotenzial | 7 |
| 7 | Ergebnisse des Audits | 8 |
| | a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht | 8 |
| | b) Allgemeine Überprüfung | 9 |
| | c) Auflagen aus der Erst-Netzwerkzertifizierung 2014 | 10 |
| | d) Konsequenzen aus den Empfehlungen | 10 |
| | e) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen | 11 |
| 8 | Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen | 18 |
| 9 | Auflagen | 19 |
| 10 | Empfehlungen | 19 |
| 11 | Anträge | 19 |

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 13. Dezember 2016 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 13. Dezember 2016 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., Leading-Auditor/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 acht Empfehlungen aus dem Erst-Netzwerkzertifizierungs-Audit 2014 thematisiert, gegebenenfalls befolgt worden?
3. Haben sich seit dem letzten externen Audit 2015 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit der Einrichtung ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?
4. 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 November 2017 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 – 10.30 | Beginn des Audits. Einsichtnahme durch den Auditor in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen (<i>gemäss Liste aufgelegte Unterlagen zur Einsicht am Audit-Tag vom 13.12.2016</i>) |
| 10.30 – 10.45 | <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, Vorsitzender der GL CSEB; Dr. med. Richard Ploner, Direktor Clinica Curativa, Mitglied der GL CSEB; Verena Schütz, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied GL CSEB; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB</i></p> |
| 10.45 – 11.45 | <p>Gespräch zum Grundstandard Qualitätsmanagement/51 Qualitätsentwicklung</p> <p><i>Teilnehmende: Dr. med. Richard Ploner, Zirkelleiter, Direktor Clinica Curativa, Mitglied der GL CSEB; Dr. med. Joachim Koppenberg, Zirkelmitglied, Direktor Ospidal, Vorsitzender der GL CSEB; Verena Schütz, Zirkelmitglied, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied GL CSEB; Sägesser Marianne, Zirkelmitglied, Pflegedienstleitung Ospidal; Uschi Cadonau, Zirkelmitglied, Qualitätsbeauftragte CSEB</i></p> |
| 11.45 – 12.15 | Mittagessen |
| 12.15 – 13.00 | <p>Gespräche zur Arbeit an den Standards:</p> <p>1. Standard 11/54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen</p> <p><i>Teilnehmende: Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB, Zirkelleiterin; Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Vorsitzender der GL CSEB, Zirkelmitglied; Sägesser Marianne, Zirkelmitglied, Pflegedienstleitung Ospidal; Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege Betriebe Chüra, Zirkelmitglied; Karin Primisser, Einsatzleitung Betriebe Spitex, Zirkelmitglied; Sanne Gierman, dipl. Pflegefachfrau, PH Chüra Lischana, Zirkelmitglied; Dr. med. Natascha Brandenburg, Leitende Ärztin Medizin</i></p> |
| 13.10 – 13.55 | <p>2. Standard 53: Pflege und Betreuung</p> <p><i>Teilnehmende: Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege Betriebe Chüra, Zirkelleiterin; Sanne Gierman, dipl. Pflegefachfrau, PH Chüra Lischana, Zirkelmitglied; Kathrin Schuchter, dipl. Pflegefachfrau, PGS</i></p> |
| 14.05 – 14.50 | <p>3. Standard 25/66: Palliative Betreuung</p> <p><i>Teilnehmende: Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege Betriebe Chüra, Zirkelleiterin; Dr. med. Hannes Graf, Leitender Arzt Komplementärmedizin, Zirkelmitglied; Ruth Lingg, dipl. Pflegefachfrau, Zirkelmitglied; Sandra Niklaus, dipl. Pflegefachfrau, Beratungsstelle Pflege & Betreuung CSEB, Zirkelmitglied; Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin, Beratende Funktion</i></p> |
| 14.50 – 15.35 | Bewertung (Auditor allein) |

| | |
|---------------|--|
| 15.35 – 16.05 | <p>Abschliessende Zusammenkunft mit einer Vertretung der Spitalleitung und der Qualitätskommission: Schlussgespräch über die Ergebnisse des Audits und die Bewertung durch den Auditor.</p> <p><i>Teilnehmende: Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Vorsitzender der GL CSEB; Dr. med. Richard Ploner, Direktor Clinica Curativa, Mitglied der GL CSEB; Verena Schütz, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied der GL CSEB; Marianne Sägesser, Pflegedienstleitung Ospidal; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB</i></p> |
| 16.05 | Ende des Audits |

5 Stärken

- Es herrscht eine „Goldgräberstimmung“ im positiven Sinne – oder anders gesagt: man lebt die Innovation.
z.B. - CRM-Schulungen
 - Durch die Profile der ärztlichen Neubesetzungen kann man neue Wege gehen
- Es wird von der Geschäftsleitung, aber auch vom übrigen Kader, bewusst gelebt: Wo ist ein Mitarbeitender frei, wo ist er gebunden, wo kann und soll er sich entwickeln.
- Dem CSEB ist es gelungen ein Einheitsgefühl bei allen Mitarbeitenden des CSEB zu entwickeln. Trotzdem haben die einzelnen Bereiche ihre eigene Identität beibehalten - die Mitarbeitenden wissen wohin sie gehören.
- Im nächsten Jahr wird „Kommunikation“ ein wichtiges Thema im CSEB sein, obwohl schon jetzt eine gute „Stimmung“ unter allen Mitarbeitenden des CSEB herrscht.
- Die Geschäftsleitung hält die externen Einflüsse unter ständiger Beobachtung und entscheidet dann, wohl überlegt, im Sinne der vorgegebenen Strategie.
- Mit 17 eingebrachten Ideen in den „Ideenbriefkasten“ wird das aktive Mitdenken aller Mitarbeitenden klar dokumentiert.
Die Anzahl der Ideen alleine wäre noch nicht zu erwähnen, sondern schlussendlich zählen die daraus hervorgegangenen Verbesserungsmassnahmen.

6 Entwicklungspotenzial

- Noch einmal oder immer wieder überlegen:
wo bringen Gemeinsamkeiten innerhalb des CSEB einen Mehrwert, wo sind Eigenheiten ein Mehrgewinn innerhalb der Institution.
- Weiterhin Sorge für alle Mitarbeitenden tragen; es sind wirklich Mitarbeitende die im Sinne der Kultur des CSEB mitziehen können und auch wollen.
- Wohldosiert, aber häufiger, das Licht zur Arbeit im Qualitätsmanagement weniger unter den Scheffel stellen.

7 Ergebnisse des Audits

a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht

Grundlage:

Selbstbewertungsbericht CSEB vom 10.10.16

| Überprüfungsfrage | Antwort | Bemerkungen |
|---|---------|--|
| 1. Ist der Selbstbewertungsbericht nicht älter als acht Monate (gerechnet vom Datum des Überwachungs-audits an)? | Ja | Erstellt durch die Qualitätsbeauftragte/ die Standardverantwortlichen 10.10.2016. |
| 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 17.10.2016. |
| 3. Hat die Selbstbewertung auf der Grundlage von Ergebnissen interner Audits stattgefunden? | Ja | Interne Audits für 6 Standards wurden durch die Standardverantwortlichen durchgeführt. |
| 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 | |
| 5. Enthält der Selbstbewertungsbericht für jeden Standard einen kurzen Bericht über die Ergebnisse der durchgeführten Selbstbewertung? | Ja | In allen Standards strukturiert dargestellt. |
| 6. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass das Qualitätsmanagementsystem auf seine Zweckmässigkeit und Wirksamkeit überprüft worden ist? | Ja | In allen Standards strukturiert dargestellt. |
| 7. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass die Erreichung von festgelegten Qualitätszielen beurteilt worden ist? | ja | In allen Standards strukturiert dargestellt. |
| 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 Protokolle |
| <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> | ja | Ospidal: 24.11.16 Betriebe Chüra: 12.08.16 |
| <p>4. Organigramm</p> <p>4.1 Liegt ein aktuelles Organigramm der zertifizierten Einrichtung vor?</p> | Ja | 1.10.16 |
| <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 | 28.07.15 (neuer Leiter Stabsdienst QM, CSEB) |

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 bei Überwachungs-Audit 2015 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 bei Überwachungs-Audit 2015 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 Umsetzung | |
| | II. Die Fort- und Weiterbildung der Mitglieder der Qualitätskommission planen. | In Umsetzung | |
| | III. Für das Quality Dashboard festlegen, welche allgemeinen Anforderungen an Indikatoren und Kennzahlen gelten und welche Messungen in den verschiedenen Qualitätsstandards erfolgen sollen. | In Umsetzung | |

| | | | |
|---|--|--------------|------------------------------------|
| | IV. Die bestehenden fachlichen Handlungsanweisungen in der Chirurgie evaluieren. Sobald es die Ressourcen erlauben, weitere Handlungsanweisungen erarbeiten und gemäss Vorgaben des PQM ablegen. | | Standard nicht mehr im Standardset |
| | V. Schriftlich regeln, wie zu verfahren ist, wenn Patienten keine Aufklärung wünschen und wie dies dokumentiert wird. | | Standard nicht mehr im Standardset |
| 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 Umsetzung | |
| | VII. Entscheiden, ob und wie im Bereich Spitex die Sturzraten ausgewiesen und kommentiert werden. | In Umsetzung | |
| Standard 53 Pflege und Betreuung | VIII. Überprüfung von Handlungsanweisungen und Pflegestandards: Evaluationen, Aktualisierungen, Fristen festlegen (und wenn möglich in jedem Dokument vermerken; Dokumentenführung) | In Umsetzung | |

e) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen

Allgemeine Bemerkungen

Das zweite Überwachungs-Audit nach der Netzwerkzertifizierung 2014 fand wiederum in einer angenehmen, offenen und vertrauensvollen Atmosphäre statt. Die im letzten Jahr getroffenen Veränderungen in personeller Hinsicht wurden klar deklariert und haben aus Sicht des Auditors keinen wesentlichen Einfluss auf das Fortbestehen des Zertifikats.

Wiederum wurden die besprochenen Standards wohl überlegt ausgewählt. Für die Gespräche standen, wie immer, Schlüsselpersonen zu den jeweiligen Standards zur Verfügung. Die nicht separat besprochenen Standards wurden innerhalb der Gespräche zu den ausgewählten Standards gestreift.

Die Erweiterung des Netzwerkes mit der Pflegegruppe Röven, Zernez und der Clinica Curativa wurde vollzogen. Der Einbezug dieser beiden Teile des CSEB ins Qualitätsmanagement wurde, mit einer für die betroffenen Mitarbeitenden gut nachvollziehbaren Art und Weise, geplant und umgesetzt. Die schrittweise Einführung des Standard-Sets und die Schulung der betroffenen Mitarbeitenden haben sich bewährt.

Erneut war der Selbstbewertungsbericht aussagekräftig und gut lesbar durch seine Strukturierung. Die zusätzlichen Unterlagen am Audit-Tag waren wiederum aussagekräftig und informativ.

Grundstandard Qualitätsmanagement/Standard 51 Qualitätsentwicklung

Teilnehmende: Dr. med. Richard Ploner, Zirkelleiter, Direktor Clinica Curativa, Mitglied der GL CSEB; Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Vorsitzender der GL CSEB, Zirkelmitglied; Verena Schütz, Direktorin Betriebe Chüra, Mitglied der GL CSEB, Zirkelmitglied; Sägesser Marianne, Zirkelmitglied, Pflegedienstleitung Ospidal; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB, Zirkelmitglied

Seit dem letzten Überwachungs-Audit 2015 gab es personelle und funktionelle Veränderungen in verschiedenen Bereichen des CSEB. Diese sind noch nicht vollständig abgeschlossen. Die jeweiligen Organigramme werden/wurden aber immer zeitgerecht angepasst.

Diese Veränderungen haben, aus Sicht des Auditors, aber überhaupt keine negativen Auswirkungen auf die Qualitätsarbeit.

Weiterhin ist der Grundgedanke, den PDCA-Kreislauf auf allen Stufen und in allen Bereichen zu durchlaufen, ein Bestreben des gesamten CSEB.

Ebenso wird pragmatisch entschieden wo Gemeinsamkeiten der einzelnen Standards für die verschiedenen Bereiche von Nutzen sind oder werden können - aber auch wo bereichsspezifische Lösungen von Vorteil sind.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Zum Entwicklungspotenzial „wie erhalte ich das erreichte Niveau?“ aus dem Überwachungs-Audit 2015 wurden Überlegungen und Anstrengungen unternommen so z.B.:
 - das Q-Projekt „PQM“;
 - die Dokumentation und Transparenz aller Q-Aktivitäten in einer „neuen Liste“
- Anpassungen im Organigramm des Qualitätsmanagements wurden vorgenommen.
- Die klaren Zielvorgaben für 2016 und 2017 zielen auf die Zufriedenheit von Patienten, Klienten und Bewohner, aber auch auf die Mitarbeitenden, ab.
Die Einführung des PQM ist abgeschlossen. Ein Hauptfokus dabei wird die Information zur einheitlichen Nutzung und ein System zur kontinuierlichen Aktualisierung sein.
Die beschlossenen Ziele sind für den Auditor im Sinne des PDCA-Kreislaufes gut nachvollziehbar.
- Im Gespräch wurde durch den Auditor darauf aufmerksam gemacht, dass ab 1.1.2018 im Akutbereich der Grundstandard mit der Version 22 ausgewiesen werden muss.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 1 Infektionsprävention Spitalhygiene

Die Hygieneverantwortliche hat seit 2016 40 Stellenprozent für diese Aufgabe. Zudem wurde die Hygienekommission um die Leitende Ärztin/Personalärztin ergänzt.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Obwohl dieser Standard schon lange im Standardset des CSEB ist, wird zielgerichtet darin weitergearbeitet. So z.B. das Projekt „MRSA-Screening bei neueintretenden Mitarbeitenden“, Schulungen für Isolationen, etc..
- Die Hygieneverantwortliche hat die Fortbildung „Link-Nurse Infektionsprävention-LIN“ erfolgreich absolviert.
- Für den Auditor sind äusserst sinnvoll die klar definierten zusätzlichen Kadermitarbeitenden, welche als Berater für die Hygienekommission deklariert sind.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen

Für den Auditor gut nachvollziehbar ist die Überlegung, dass ein interner Benchmark bei der stationären Patientenbefragung einen hohen Stellenwert hat. Der externe Benchmark wird durch die jährliche nationale Patientenbefragung ANQ genützt.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Im Selbstbewertungsbericht ist klar deklariert, wie die Zielsetzungen, und somit der Meilensteinplan, für das nächste Jahr aussehen wird.
- Die zufriedenen Patienten, Bewohner und Klienten, ein Hauptziel des CSEB 2016 bis 2017 (natürlich auch später), wird konsequent in diese Planung einbezogen.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 5 Schmerzbekämpfung

Dieser Standard ist schon lange im Standard-Set des CSEB. Seit der letzten Zertifizierung haben sich personelle Wechsel, vor allem im ärztlichen Bereich, ergeben. Daher wurde die vorgesehene Komplettrevision des Schmerzkonzeptes auf 2017 verschoben.

Der Gültigkeitsbereich bleibt bis auf weiteres gleich, dies nach einem Beschluss der GL.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Messungen wurden mit NPO plus 2016 durchgeführt. Für das Ospidal lag der Zufriedenheitsbereich knapp über den als Sollwert angegebenen 90%.
- Die Auswertungen (2014-2016) des kontinuierlichen Monitorings (mit und ohne Geburten) ergaben gute Resultate.

- Im Selbstbewertungsbericht liegt eine klare Planung, wie in diesem Standard bis Dezember 2017 weitergearbeitet wird, vor.
- Vor allem ist zu erwähnen: Mai bis Juli 2017 Schulung und Einführung des neuen Konzeptes.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 11/54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Teilnehmende: Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB, Zirkelleiterin; Dr. med. Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal, Vorsitzender der GL CSEB, Zirkelmitglied; Sägesser Marianne, Pflegedienstleitung Ospidal, Zirkelmitglied; Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege Betriebe Chüra, Zirkelmitglied; Karin Primisser, Einsatzleitung Spitex, Zirkelmitglied; Sanne Gierman, dipl. Pflegefachfrau, PH Chüra Lischana, Zirkelmitglied

Für den Auditor ist der Standard 11/54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen gut im CSEB implementiert. Ebenso wird mit dem anonymen Anmeldesystem „RISKOP“ problemlos gearbeitet.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Die personellen Wechsel in der Zirkelgruppe sind, aus Sicht des Auditors, problemlos über die Bühne gegangen.
- Durch die Auswertung der Fragebogen zum Einführungstag weiss man relativ gut darüber Bescheid, wie die Schulung zum CIRS bei den neuen Mitarbeitenden angekommen ist.
- Auch im CSEB ist die hauptsächliche Kennzahl in diesem Standard die Zahl der eingegangen im Verhältnis zu den bearbeiteten Fällen.
- Man hat die „Problematik Patentenverwechslung“ erkannt und wird, je nach den Ergebnissen einer statistischen Erhebung, einen möglichen Massnahmenplan erstellen.
- Für das CSEB ist klar, dass der Standard 11/54 ein wichtiger Bestandteil des Risikomanagement ist.
- Die Mitglieder der Geschäftsleitung sind über wichtige eingegangene CI-Meldungen ohne Zeitverzögerung direkt orientiert.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 25/66 Palliative Betreuung

Teilnehmende: Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege Betriebe Chûra, Zirkelleiterin; Dr. med. Hannes Graf, Leitender Arzt Komplementärmedizin, Zirkelmitglied; Ruth Lingg, dipl. Pflegefachfrau, Stationsleitung Ospidal, Zirkelmitglied; Sandra Niklaus, dipl. Pflegefachfrau, Beratungsstelle Pflege & Betreuung CSEB, Zirkelmitglied; Dr. med. Gian Flury, Chefarzt Medizin, Beratende Funktion

Im Anschluss an das Modellprojekt Palliative Care in der Spitex EB wurde die Erarbeitung eines Konzeptes initiiert. Seit 2013 wird dieses durch eine Zirkelgruppe weiterentwickelt, geschult und implementiert. Dies im Hinblick auf die Aufnahme ins Standard-Set SanaCERT Suisse. Der eigentliche Projektauftrag für den Standard 25/66 wurde 2015 gut geheissen.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Die Zielsetzungen bis 2017 sind klar vorhanden. Dabei werden auch die internen Fortbildungen nicht vernachlässigt.
- Das Konzept Palliative Care CSEB und Einzelkonzepte pro Betriebe sind vorhanden.
- Eine grosse Bedeutung hat auch das Konzept Palliativer Brückendienst.
- Durch den Selbstbewertungsbericht und im Gespräch konnte der Auditor erkennen, dass die, noch nicht durch die Zirkelmitglieder beurteilten, Soll-Kriterien mehrheitlich bearbeitet, ja wahrscheinlich sogar erfüllt sind.
- Welche zwei Ergebniskriterien schlussendlich als Kennzahlen erhoben und ausgewertet werden, wird demnächst entschieden.
- Das Vorhandensein von Akutpatientinnen und -patienten, aber auch Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeiteinrichtungen und Kundinnen und Kunden der Spitex ist in diesem Standard klar berücksichtigt.
- Zudem wurde mit dem Leitenden Arzt der Komplementärabteilung, als Zirkelmitglied, eine wichtige zusätzliche fachliche Komponente miteinbezogen.
- Für den Auditor ist die klar deklarierte Risikoeinschätzung: Sterben wird zu „Qualitätsprodukt“, eindrücklich.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 28/62 Decubitusvermeidung- und pflege

Dieser interdisziplinäre Standard wird achtsam und konsequent durch die Zirkelmitglieder bearbeitet und umgesetzt. Es werden die Akut- und die Langzeiteinrichtungen damit unterstützt.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Im Selbstbewertungsbericht werden die Überlegungen zum Nutzen dieses Standards klar ausgedrückt, indem sich die neu eingeschränkte Risikogruppe, bei welcher eine Risikoeinschätzung regelmässig durchgeführt wird, überprüft bewährt hat. Es bleibt eine niedrige Inzidenz von Decubiti. Eine schnelle Behandlung, wenn ein Decubitus festgestellt werden muss, ist gewährleistet.
- Ebenso wird die Zusammenarbeit mit dem Wundambulatorium und den Hautärztinnen und Hausärzten als positiv bewertet.

Die Standardelemente sind umfanglich in Bearbeitung.

Standard 29/63 Sturzvermeidung

Dieser interdisziplinäre Standard wird achtsam und konsequent durch die Zirkelmitglieder bearbeitet und umgesetzt. Es werden die Akut- und die Langzeiteinrichtungen damit unterstützt.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Im Selbstbewertungsbericht werden alle Standardelemente sowohl vom Ospidal, den Langzeiteinrichtungen, aber auch von der Spitex, als erfüllt beurteilt.
- Die Sturzprotokolle werden sehr genau, überprüft, ausgefüllt und ausgewertet.
- In der Spitex wurde fast eine Verdoppelung des Verletzungsindex gegenüber dem Vorjahr festgestellt. Diese Zahl wurde sorgfältig analysiert um mögliche Vorkehrungen zu einer Vermeidung dieser „schweren“ Stürze zu erarbeiten. Dies scheint aber im Spitex-Bereich schwierig zu sein, da die meisten dieser Stürze ausserhalb des Einflussbereichs der Pflege und Betreuung durch die Spitex liegen.

Die Standardelemente sind umfanglich in Bearbeitung.

Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Im Selbstbewertungsbericht wird die Durchdringung, aus Sicht des Auditors, zu streng bewertet, da nur die im Februar 2016 eröffnete Pflegegruppe Röven noch nicht vollständig in diesen Standardeingeführt werden konnte.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Es liegen Zielsetzungen bis 2018 für diesen Standard vor.
- Aus Sicht des Auditors werden die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner durch alle betroffenen Mitarbeitenden sorgfältig beachtet und umgesetzt.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

Standard 53: Pflege und Betreuung

Teilnehmende: Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege Betriebe Chüra, Zirkelleiterin; Sanne Gierman, dipl. Pflegefachfrau, PH Chüra Lischana, Zirkelmitglied, Kathrin Schuchter, dipl. Pflegefachfrau, PGS, Zirkelmitglied

Dieser Standard ruht auf den 3 Pfeilern:

- Bedarfseinstufung
- Pflegeplanung
- Pflegestandards/Handlungsanweisungen.

Im EDV-System *Phoenix* werden noch laufend kleinere Anpassungen durchgeführt, was aber aufzeigt, dass dieser Standard lebt und gelebt wird.

Feststellung/Hinweis/Anmerkungen durch den Auditor:

- Dass dieser Standard für die tägliche Arbeit nützt, wird im Selbstbewertungsbericht mit dem Satz klar ausgedrückt: Der Standard unterstützt die einheitliche Arbeitsweise und den bewussten Umgang und die Dokumentation des Pflegeprozesses, und bildet damit unseren Stand der Pflegequalität ab. Der Nachweis für Krankenversicherer ist immer wichtiger.
- Aus diesem Grunde wurden im März und August 2016 in der stationären Langzeitpflege Evaluationen durchgeführt. Die Augenmerke wurden unter anderem auf die fristgerechte Leistungserfassung, die einer Pflegediagnose zugeordneten Verlaufseinträge und auf die Erfassung der Biografie im *Phoenix* gelegt. Es gab eine deutliche Verbesserung. Die Luft nach oben ist aber durchaus noch vorhanden.

Die Standardelemente sind umfänglich in Bearbeitung.

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 | <p>Die Erweiterung des CSEB durch die Pflegegruppe Röven in Zernez und die Clinica Curativa wurde 2016 vollzogen.</p> <p>Es gab eine Änderung im Organigramm:</p> <p>Leiter Stabsdienst Qualitätsmanagement; aber auch in der Geschäftsleitung CSEB</p> <p>Dies hat aber, aus Sicht des Auditors, keine Bedeutung für das Fortbestehen des Qualitätsmanagements.</p> |
| 5. Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise? | ja | |

9 Auflagen

Es wird im Überwachungs-Audit 2016 keine Auflage formuliert.

10 Empfehlungen

Es wird im Überwachungs-Audit 2016 keine Empfehlung formuliert.

11 Anträge

Gestützt auf die Ergebnisse des Überwachungs-Audits vom 13. Dezember 2016 stellt der Auditor der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

- 1) Die Netzwerkzertifizierung ist bis zum **10. Februar 2018** aufrecht zu erhalten.
- 2) Im Jahr 2017 ist ein Re-Zertifizierungs-Audit fällig.