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

Re-Zertifizierungsaudit
Netzwerkzertifizierung

vom 8. und 9. Mai 2018

Auditoren (Peers)	Yvonne Neff Lüthy, Leuggern/AG Robert Völker, Bettingen/BS Reto Weber, Frutigen/BE Thomas Wernli, Muri/AG
Leitender Auditor	Peter Ueberschlag, St.Gallen/SG
Beobachterin	Marie-Rose Barben, Frutigen/BE

St. Gallen, 02.06.2018

Auftrag Nr. AH 2018.13.03

Inhalt

		Seite
1	Zusammenfassung	4
2	Auftrag	4
3	Auditierte Einrichtung	5
4	Normative Grundlagen	5
5	Auditteam	6
6	Audit-Ziele	7
7	Das Audit-Programm	8
8	Die Begehungen	11
9	Die Bewertung	14
	Bewertung der Auditergebnisse im Netzwerk	14
10	Stärken	18
11	Entwicklungspotenziale	18
12	Bearbeitete Standards	19
	Grundstandard Qualitätsmanagement	19
	Standard 51: Qualitätsentwicklung	21
	Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	23
	Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	25
	Standard 5: Schmerzbehandlung	27
	Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	30
	Standard 54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	32
	Standard 25: Palliative Betreuung	34
	Standard 66: Palliative Betreuung	36
	Standard 28: Decubitusvermeidung und -pflege	38
	Standard 62: Decubitusvermeidung und –pflege	39
	Standard 29: Sturzprävention	41
	Standard 63: Sturzvermeidung	42
	Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	44
	Standard 53: Pflege und Betreuung	46
13	Auflagen und Empfehlungen	48
	Auflagen	48

Empfehlungen 48

14 Antrag und Dank 49

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 Zusammenfassung

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

2014 wurde erstmals das Qualitätsmanagement des Netzwerks CSEB zertifiziert.

Am 8. und 9. Mai 2018 überprüfte ein Auditteam von SanaCERT Suisse, wieweit das CSEB die Qualitätskriterien zu folgenden Standards erfüllt:
Grundstandard Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung; Infektionsprävention und Spitalhygiene; Erhebung von Patientenurteilen; Schmerzbehandlung; Umgang mit kritischen Zwischenfällen; Palliative Betreuung; Decubitusvermeidung und –pflege; Sturzprävention/Sturzvermeidung; Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner; Pflege und Betreuung.

Grundlage der Bewertung waren ausführliche schriftliche Unterlagen, Gespräche zu den einzelnen Standards und die Begehungen.

Das Auditteam bewertete die Erfüllung der Qualitäts-Standards mit 39 von maximal 40 möglichen Punkten. Damit sind die Anforderungen für die Re-Zertifizierung des Qualitätsmanagements des Netzwerks von Ospidal, Clinica Curativa und Chüra (Einrichtungen der Langzeitpflege und der Spitex Unterengadin) erfüllt.

2 Auftrag

Am 8. und 9. Mai 2018 hat ein Auditteam der Stiftung SanaCERT Suisse die Arbeiten zu 10 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

Unter dem „Dach" des Center da sandà Engiadina Bassa (CSEB) / Gesundheitszentrum Unterengadin sind folgende Betriebe zusammengeschlossen: Ospidal, Rettungsdienst, Clinica Curaviva (CCU), Cusglianza da Chüra / Beratungsstelle, Spitex, Pflegegruppe Prasas-chèr (Scuol), Pflegegruppe Chalamandrin (Samnaun), Pflegegruppe Röven (Zernez), Pflegeheim Chüra Lischana (Scuol), Bogn Engadina.

Seit 2007 ist diese Versorgungskette – von der Geburt bis hin zur palliativen Pflege - garantiert.

Im CSEB arbeiten über 300 Mitarbeitende.
Für das CSEB wird ein gemeinsames Qualitätsmanagement betrieben.

Grundlagen sind der kantonale Leistungsauftrag für das Ospidal (gemäss Spitalliste des Kantons Graubünden, 2017) und die Leistungsvereinbarung zwischen den Gemeinden des Unterengadins und des CSEB vom 9. Juni 2011 für die Chüra.

Das Ospidal und die Clinica Curativa betreiben die stationäre Grundversorgung des Unterengadins mit den Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe/Gynäkologie, Anästhesiologie und integrative onkologische/internistische/psychosomatische/pflegerische Rehabilitation mit komplementären Therapien. Des Weiteren wird eine grosse Zahl ambulanter fachärztlicher Leistungen angeboten.

Die Chüra deckt umfassend den Bereich Pflege und Wohnen im Alter für das Unterengadin, inklusive der Spitex Organisation Unterengadin, ab.

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 22/2016*
- *Stiftung SanaCERT Suisse, Normative Grundlage für die Zertifizierung, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 22/2016*
- *Stiftung SanaCERT Suisse, Normative Grundlage für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in Langzeitpflegeeinrichtungen, Version 7.0/2016*
- *Stiftung SanaCERT Suisse, Reglementarische Grundlage, Version 19a/2016*

SanaCERT Suisse ist von der schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) gemäss der Norm

ISO EN 17021:2015 Konformitätsbewertung – Anforderungen an Stellen, die Managementsysteme auditieren und zertifizieren

für die Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen von Spitälern und Einrichtungen der Langzeitpflege akkreditiert (SCESm 0097, Gültigkeit der Akkreditierung bis 6. Februar 2021).

5 Auditteam

Das Auditteam setzte sich folgendermassen zusammen:

Auditorin und Auditoren (Peers):

- Yvonne Neff Lüthy, Stv. Direktorin/Leitung Pflege/MTT, Spital Leuggern AG; Asana Gruppe AG.
- Robert Völker, lic. rer. pol., Präsident OdA Gesundheit beider Basel; ehem. CEO Felix Platter Spital, Basel
- Reto Weber, Dr. med., Qualitäts- und Riskmanager/Mitarbeiter IT-Medizin; Spitäler fmi AG, Frutigen
- Thomas Wernli, Direktor pflegimuri, Muri AG

Leitender Auditor:

- Peter Ueberschlag, Dr. med., Leading Auditor SanaCERT Suisse; Kaderarzt Frauenklinik Kantonsspital St. Gallen, St.Gallen

Beobachterin:

- Marie-Rose Barben, Leiterin Pflege und Betreuung, Qualitätsverantwortliche; Pflegeheim Frutigland, Frutigen

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

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/Qualitätsentwicklung 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 Anmerkungen zum weiteren Vorgehen zu formulieren.

7 Das Audit-Programm

Erster Tag: Dienstag, 8. Mai 2018

11.00 – 13.00 **Beginn** des Audits: Studium der aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen (Ort: *Fortbildungsraum Ospidal, 2. OG)*)

13.00 – 13.15 Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitung: **Eröffnungsgespräch.** Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits

Teilnehmende des Netzwerks:

Joachim Koppenberg, DIR OSP; Verena Schütz, DIR CPB; Richard Ploner, DIR CCU; Karin Butz, QB CSEB

13.15 – 14.15 **Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51** (Moderation: *RV*)

Teilnehmende des Netzwerks:

Joachim Koppenberg; Verena Schütz; Richard Ploner; Marianne Sägesser; Pflegedienstleitung OSP, CCU; Karin Butz

14.15 – 14.45 **Standard 11 / 54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen** (Moderation: *RW*)

Teilnehmende des Netzwerks:

Karin Butz, QB CSEB; Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege CPB;

14.45 – 15.15 **Standard 28 / 62 Decubitusvermeidung und –pflege** (Moderation: *YN*)

Teilnehmende des Netzwerks:

Christine Colcuc, Dipl. Pflegefachfrau; Berta Prevost; Gian Flury, Chefarzt Medizin; Karin Butz

15.15 – 15.45 **Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene** (Moderation: *RW*)

Teilnehmende des Netzwerks:

Renate Köllemann, Hygieneverantwortliche CSEB; Marianne Sägesser; Ruth Tsoutsaios, Hausbeamtin; Ruth Bayerl, Leitende Ärztin Anästhesiologie; Karin Butz

15.45 – 16.15 **Standard 29/63 Sturzvermeidung** (Moderation: *YN*)

Teilnehmende des Netzwerks:

Marianne Sägesser; Berta Prevost; Elke Cloet, Leiterin Physiotherapie; Gian Flur; Karin Butz

16.15 – 16.30 Pause

16.30 – 17.00 **Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner:** (Moderation: *TW*)

Teilnehmende des Netzwerks:

Verena Schütz; Christian Grabner, Leiter Pflegeheim Lischana; Karin Primisser, Leiterin Spitex; Karin Butz

17.00 – 17.30 **Standard 53 Pflege und Betreuung** (Moderation: *TW*)

Teilnehmende des Netzwerks:

Berta Prevost; Katrin Schuchter; Maryline Wunderer, Pflegefachfrau Spitex; Karin Butz

17.30 – 18.00	**Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen:** (Moderation: *RV*) **Teilnehmende des Netzwerks:** Aldo Platz, Leiter Finanzen; Karin Butz, Joachim Koppenberg
18.00 – 18.30	**Standard 25 / 66 Palliative Betreuung** (Moderation: *TW*) **Teilnehmende des Netzwerks:** Berta Prevost; Hannes Graf, Co-Chefarzt Integrative und Komplementäre Medizin; Sonja Schmidt, Pflegefachfrau OSP
18.30 – 19.30	Beratung des Audit-Teams und Vorbereiten der Begehung
19.30	Das Audit-Team verlässt das Spital und begibt sich ins Hotel

Zweiter Tag: Mittwoch, 9. Mai 2018

07.45	Eintreffen des Audit-Teams im Spital	
08.00 – 08.30	**Standard 5 Schmerzbehandlung:** (Moderation: *RW*) **Teilnehmende des Netzwerks:** Joachim Koppenberg; Melanie Thöni, Dipl. Pflegefachfrau OPS; Frank Kuhlhoff, Chefarzt Chirurgie; Gian Flury, Chefarzt Innere MedizinKarin Butz	
08.30 – 08.45	Beratung des Audit-Teams über die Begehung	
08.45 – 12.10	**Begehungen** (gemäss separatem Plan)	
	Team 1 und 2	**Team 3**
	Ospidal	PWG Röven, Zernez
	Clinica Curativa	
	Pflegeheim Chüra Lischana	
	Spitex	
12.10 – 12.45	Demo „CRM und Simulation"	Demo „CRM und Simulation"
12.45 – 13.45	Mittagessen in Scuol	
13.45 – 15.45	Bewertung (Audit-Team allein)	
15.45 – 16.00	Pause	
16.00 – 16.30	Abschliessende Zusammenkunft mit der Geschäftsleitung, dem Kader und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: **Schlussgespräch** über die Bewertung des Audit-Teams (Ort: *Cafeteria Ospidal*)	
16.30	**Ende des Audits**	

8 Die Begehungen

Mittwoch, 9. Mai 2018

Team 1: Ospidal/Clinica Curativa

Auditorin/Auditor: Y. Neff Lüthi / R. Weber

Zeit Minuten	Ort	Auskunfts-personen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
08.45-09.15	Notfall	2 Rettungssanitäter	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	
09.15-09.50	Clinica Curativa	1 FaGe 1 dipl. PFF 1 Stations-Ltg	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	4 Doku
09.50-10.05	Physiotherapie (Ort: CCU)	2 MA Physiotherapie	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	
10.05-10.45	2. Stock Palliative /Medizin	1 dipl. PFF 1 PA	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	3 Doku
10.45-11.05	1. Stock	1 AA	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	
11.30-12.10	OP	1 Ltg OP 1 Anästhesie Pflege	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	

Team 2: Ospidal, Chüra Lischana und Spitex

Auditoren: T. Wernli (2A) / R. Völker (2B)

Zeit Minuten	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
2A/2B 08.50-09.35	Stützpunkt Spitex	1 Stützpunkt Ltg 1 dipl. PFF	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	Perigon (Pflegedok.)
2A 09.45-10.30	1. Stock Chüra Lischana	1 dipl. PFM, Gr. Ltg 1 dipl. PFM	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	4 Bewohnerdok. 1 Sz-Protokoll 1 Wund-Protokoll 1 Pat. Verfügung
2A 10.40-11.10	2. Stock Chüra Lischana	1 FaBe 1 PA	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	
2B 09.15-09.40	Küche Spital	1 Stv. Küchenchef 1 Begleitperson	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	
2B 09.40-10.00	TD Spital	1 MA TD	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	
2A/2B 11.15-11.25	2. Stock Akutabteilung	1 AA	Stufengerecht alle zutreffenden Standards thematisiert.	

Team 3: Röven

Auditor (LA)/Beobachterin: P. Ueberschlag, M. Barben

Zeit	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
8.45	Vs Zernez			
09.45	PG Röven	1 Ltg 1 stv. Ltg 1 dipl. PFF 1 PA	Stufengerecht alle zutreffen-den Standards thematisiert.	4 Bewohnerdok.
10.45	Vs Scuol			

Anzahl befragte Mitarbeitende: 26	Anzahl eingesehene Pat./Bewohnerdossiers Pflege: 15

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.
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 8. und 9. Mai 2018 wurden insgesamt 10 Standards überprüft (vgl. Tabelle unten). Der Gültigkeitsbereich der Zertifizierung umfasst das Ospidal (Akutbereich), die Chüra (Langzeitpflege) und die Spitex Unterengadin (exkl. Bogn Engiadina).

Gruppe I) 5 Standards gelten sowohl für den Akut- wie für die Bereiche Langzeitpflege und Spitex (Standards 0 (Grundstandard)/51, 11/54, 25/66, 28/62, 29/63).

Gruppe II) 3 Standards gelten nur für den Akutbereich (Standards 1, 2, 5).

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 5 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 3 Standards, die nur im Ospidal/Clinica Curativa 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 5 Standards wurde **eine** Bewertung pro Standard abgegeben; nach dem Grad der Erfüllung und Durchdringung der Standards 0/51, 11/54, 25/66, 28/62, 29/63.
- **Gruppe II)**: Für die 3 Standards, die nur im Akutbereich (Ospidal/CCU) gelten, wurde auf der Basis der Bewertungskriterien der Standards 1, 2, 5 **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, Re-Zertifizierung 2018. Übersicht Standards und Gültigkeitsbereich

Nr.	Standard	CSEB	Ospidal und CCU	Chüra
0	Grundstandard Qualitätsmanagement	x		
51	Qualitätsentwicklung	x		
1	Infektionsprävention und Spitalhygiene		x	
2	Erhebung von Patientenurteilen		x	
5	Schmerzbehandlung		x	
11	Umgang mit kritischen Zwischenfällen	x		
54	Umgang mit kritischen Zwischenfällen	x		
25	Palliative Betreuung	x		
66	Palliative Betreuung	x		
28	Decubitusvermeidung und - Pflege	x		
62	Decubitusvermeidung und - Pflege	x		
29	Sturzprävention	x		
63	Sturzvermeidung	x		
52	Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner			x
53	Pflege und Betreuung			x

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

Die Bewertung im Überblick

Standard	Zertifizierung Ospidal 2006	Zertifizierung Ospidal 2011	Zertifizierung CSEB (Netzwerk) 2014	Re-Zertifizierung CSEB (Netzwerk) 2018
Grundstandard: Qualitätsmanagement	**D**	**D**	**D**	**D**
Standard 51 Qualitätsentwicklung	*	*		
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	**D**	**D**	**D**	**D**
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	**D**	**D**	**D**	**D**
Standard 5: Schmerzbehandlung	**D**	**D**	**D**	**D**
Standard 7: Chirurgie	*	**C**	**C**	*
Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	*	**D**	**D**	**D**
Standard 54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	*	*		
Standard 25: Palliative Betreuung	*	*	*	**C**
Standard 66: Palliative Betreuung	*	*	*	
Standard 28: Decubitusvermeidung und -pflege	*	**D**	**D**	**D**
Standard 62: Decubitusvermeidung und -pflege	*	*		
Standard 29: Sturzprävention	*	**D**	**D**	**D**
Standard 63: Sturzvermeidung	*	*		
Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	*	*	**D**	**D**
Standard 53: Pflege und Betreuung	*	*	**C**	**D**

*anlässlich der Zertifizierung nicht zur Überprüfung vorgelegt

Numerisch ausgedrückt[1] erreicht das CSEB insgesamt 39 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

- Im gesamten CSEB herrscht eine familiäre, aber trotzdem sehr professionelle und hoch motivierte Atmosphäre unter allen Mitarbeitenden.

- Das gesamt Kader ist den Mitarbeitenden nahe und geht voraus – es gibt keine „Teppichetage".

- Es herrscht ein spürbarer Teamspirit – alle sitzen im gleichen Boot, alle identifizieren sich mit dem CSEB.

- „Am Ende vom Tal ist nicht das Ende der Welt":

  - breites Engagement im Q-Bereich auch ausserhalb den Standards von SanaCERT Suisse
  - offene Kommunikation gegen innen und aussen
  - ansprechende neue Webseite
  - „Direktionsinfo's" mit Transparenz
  - aktives Crew Resource Management (CRM)
  - Simulationstraining im Ospidal

- Die Grösse des CSEB ist für die Führung kein Grund zur Klage, sondern diese Tatsache wird optimal ausgenützt. Es wird mit dieser Tatsache auch „Marketing" betrieben. Die Leistungen und das Angebot des CSEB sind wohl überlegt darauf ausgerichtet.

- Die Chüra, die Spitex Unterengadin, das Ospidal und die Clinica Curativa sind wirkliche Partner auf gleicher Augenhöhe.

- Es ist eindrücklich wie viele Mitarbeitende polyvalent eingesetzt werden können.

- In guter „Qualitätsmanier" wird der PDCA-Kreislauf konsequent durchlaufen.

11 Entwicklungspotenziale

- Es sollte erneut eine Beurteilung zum Gültigkeitsbereich der einzelnen Standards durchgeführt werden. Dabei sollte der Aspekt auf die Gesamtheit CSEB und somit auf Ausnützung von Synergien und der Einheitlichkeit, soweit als möglich, etc. gelegt werden.

- Das Dashboard ist nicht in „Stein gemeisselt" – deshalb sollten Überlegungen zu Kennzahlen, Schwellenwerten und deren Referenzen, etc. in regelmässigen Abständen durchgeführt werden.

12 Bearbeitete Standards

Grundstandard Qualitätsmanagement

Gültigkeitsbereich: Gesamtes Netzwerk CSEB (Grundstandard: Ospidal und CCU, Standard 51: Chüra)

Zirkelleitung: Ploner Richard, Direktor CCU/Mitglied der Geschäftsleitung

*Niveau: **D***

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

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

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

Die Bewertung des Grundstandards Qualitätsmanagement

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind **fett** hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Das Unternehmen nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahr. Die oberste operative Führungsebene definiert die Qualitätspolitik, setzt Ziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die laufenden Arbeiten an der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die Ziele sind auf die Unternehmensstrategie abgestimmt.	- ***Das Unternehmen verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung.*** - ***Prioritäten für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind bestimmt.*** - ***Ziele zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen.*** - *Mindestens ein auf die Ziele bezogenes Ergebniskriterium (Indikator, Kennzahl) wird gemessen.* - *Sind Massnahmen notwendig, werden diese eingeleitet und evaluiert.*	***Erfüllt*** ***erfüllt*** ***erfüllt (*)*** *erfüllt* *erfüllt*	
2. Das Unternehmen überprüft die Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch auf Nutzen und Aufwand.	- *Eine Bewertung von Nutzen und Aufwand wie auch allfällige daraus sich ergebende Empfehlungen zur Verbesserung der Prozesse in der Qualitätssicherung und -entwicklung liegen vor.*	*erfüllt*	
3. Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität und motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.	- ***Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, wie es die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität informiert.*** - *Die entsprechenden Informationsinstrumente sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.* - *Die Mitarbeitenden wissen, wo sie sich über die Arbeit an der Qualität informieren können.*	***erfüllt*** *erfüllt* *erfüllt*	

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind **fett** hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
4. Das Unternehmen hat einen oder mehrere Qualitätsbeauftragte ernannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	- *Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden.* - *Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane.*	*erfüllt* *erfüllt*	
5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozessorientierten Ansatz.	- ***Das Unternehmen hat geregelt, in welcher Art Prozesse erfasst und gelenkt werden.*** - *Das Unternehmen sorgt dafür, dass die Prozesseigner ihre Rolle und Verantwortlichkeiten zur Entwicklung, Pflege und Verbesserung der Prozesse wahrnehmen.* - *Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen.*	***erfüllt (**)*** *erfüllt* *erfüllt*	
6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen.	- *Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind im Quality Dashboard dargestellt.* - *Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Kennzahlen und Indikatoren (Ergebniskriterien) und bewertet die sich daraus ergebenen Verbesserungsmassnahmen.* - *Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits.* - *Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmassnahmen.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt (***)* *erfüllt*	
7. 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.*	*erfüllt* *erfüllt*	
8. Das Unternehmen erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Das Unternehmen informiert gegen innen und aussen über seine Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung. Das Unternehmen erstellt jährlich einen Qualitätsbericht (Management Review).	- *Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Information über seine Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung. Das Konzept ist von der obersten operativen Führungsebene des Unternehmens verabschiedet.* - *Nachweise für die Information gegen innen und aussen sind vorhanden.* - *Jährliche Qualitätsberichte liegen vor.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

Standard 51: Qualitätsentwicklung

Die Bewertung des Standards 51 Qualitätsentwicklung

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Die Institution nimmt ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leitungserbringung 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.***[2]	***Erfüllt (*)*** ***erfüllt*** ***erfüllt***	
2. Alle eingegangenen Rückmeldungen über die Institution und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.	- ***Eine Dokumentation der eingegangenen Rückmeldungen 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 Institution verbindlichen Gesetze und Verordnungen sind vorhanden und bekannt.	- ***Die Institution erbringt den Nachweis, dass sie die gesetzlichen Vorgaben einhält.*** - *Eine Liste der erfolgten amtlichen Kontrollen und Inspektionen mit den Namen der verantwortlichen Personen in der Institution, dem Datum der letzten erfolgten Kontrolle und dem Datum des Inspektionsberichtes liegt vor.*	***erfüllt*** *erfüllt*	
4. Die Institution informiert gegen innen und aussen über ihre Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung.	- ***Ausgewählte Kennzahlen werden jährlich zusammengestellt, analysiert und kommentiert.*** - *Informationsgelegenheiten für Mitarbeitende finden statt.*[3] - *Informationsgelegenheiten für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und weitere Interessierte finden statt.*[4]	***erfüllt*** *erfüllt* *erfüllt*	

[2] Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode muss dieses Schlüsselkriterium noch nicht erfüllt werden.

[3] Beispiele für Informationsgelegenheiten sind Veranstaltungen, Qualitätsbericht, Jahresbericht, Medieninformationen, Flyer, Plakate etc.

[4] Beispiele für Informationsgelegenheiten sind Veranstaltungen, Qualitätsbericht, Jahresbericht, Medieninformationen, Flyer, Plakate etc.

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Die vorliegende Projektbeschreibung /-Auftrag vom 21.3.18 zeigt die Stossrichtung in der „Qualitätsarbeit". Dabei ist klar, dass eine weitmöglichste gemeinsame Qualitätspolitik des CSEB gelebt wird.
Für das Auditteam ist die Verschiebung des Netzwerk-Re-Zertifizierungs-Audit's gut nachvollziehbar und hat sich wohl auch gelohnt.

Die Wichtigkeit der Kommunikation / Information aber auch die Überlegungen zum Aufwand / Nutzenverhältnis werden in der Projektbeschreibung/-Auftrag klar festgelegt.

Der Stellenwechsel der Qualitätsbeauftragten wurde seit dem letzten Audit vollzogen. Dieser Wechsel zeigt eine gute Balance zwischen dem Erhalt des Bestehenden und dem Einbringen und Umsetzen von neuen Ideen.

Die Prozessarbeit ist zurzeit pragmatisch gelöst und in dieser Form für das Unternehmen dienlich.

Im Audit kam klar zum Ausdruck, dass die Netzwerk-Zertifizierung diesen Namen auch verdient.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Die Standards sind im CSEB bei allen Mitarbeitenden präsent
- Das Arbeiten mit diesen Standards ist Normalität
- Qualität ist bei den Mitarbeitenden positiv belegt
- Qualität = Tagesgeschäft
- Qualität ist aber auch immer „Chefsache"

Das Auditteam formuliert folgende **Entwicklungspotenziale**:

* Die eigentlichen Qualitätsziele könnten noch klarer in einem Dokument schriftlich festgehalten werden.
Klarere Ableitung der Q-Ziele aus der Strategie -> Unternehmensziele

** Das Prozessmanagement kann weiter ausgebaut werden.

*** Das Arbeiten mit internen, strukturierten und unternehmensweiten Audits sollte verstärkt werden. Ein Auditplan hilft für die Übersicht.

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Gültigkeitsbereich: Gesamtes Ospidal und CCU, Verpflegungsbereich, Entsorgung

Zirkelleitung: *Köllemann Renate, 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.

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

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* *nicht erfüllt* *erfüllt*	*<u>Feststellung:</u> Schwellenwerte sind nicht konsequent festgelegt*
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*	

Standardelement	**Bewertungskriterien** (Schlüsselkriterien sind ***fett*** hervorgehoben.)	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
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

Obwohl der Standard seit 2006 im Standard-Set vorhanden ist und immer mit der höchsten Note D bewertet wurde, ist für das Auditteam die ständige Arbeit an diesem wichtigen Thema Infektionsprävention und Spitalhygiene klar ersichtlich.

Die Empfehlung diesen Standard auf das gesamte CSEB auszuweiten ist mit der Mitarbeiterschulung Langzeitpflege und Spitex bis Ende 2019 schon angedacht und auch aufgegleist.

Mit den in der Projektbeschreibung /-Auftrag formulierten Überlegungen zum Verhältnis Aufwand/Nutzen wird die Wichtigkeit allen Mitarbeitenden noch näher gebracht.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Gute Durchdringung im „gesamten" CSEB.
- Die Hygieneverantwortliche ist für alle Mitarbeitende präsent und auch zeitnah abrufbar.
- Somit sind „kurze Wege" vorgegeben.
- Es liegt ein guter Fundus an verschiedenen Richtlinien vor.
- Eine gute Vernetzung im Kanton Graubünden ist gewährleistet.

Das Auditteam formuliert folgende **Entwicklungspotenziale**:

- Es sind regelmässige Überlegungen zum Thema: Was wird gemessen (z.B. MRSA Screening bei neuen Mitarbeitenden hinsichtlich Evidence, nach Rücksprache mit der zuständigen Stelle im KSGR, zu tätigen).
- Obwohl die Hygieneverantwortliche noch in Ausbildung (Fachexpertin in Spitalhygiene und Infektionsprävention mit eidg. Prüfung) ist, sollten die Hygiene-Audits / -Begehungen schon jetzt klarer strukturiert (z.B. in Tabellenform) durchgeführt werden.
- Eine Ausdehnung in den Langzeitbereich (Gültigkeitsbereich) wäre ein weiterer Q-Schritt (z.B. Erreger im Langzeitbereich, Noso-Strategie des Bundes, etc.)

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Gültigkeitsbereich: Alle für das Ospidal und die CCU relevanten Patientensegmente; alle im Ospidal und CCU durchgeführten Erhebungen; alle Stellen mit Patientenkontakten

Zirkelleitung: 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.

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

Die Bewertung des Standards 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*	
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

Für das Auditteam ist klar ersichtlich, dass die grösser werdende Anzahl von Bereichen innerhalb des CSEB beim Thema Erhebung von Patientenurteilen eingehend beachtet wird.

Die Überlegungen zur Verwendungen des bestehenden Instrumentes (NPO plus) und die Evaluierung von möglichen neuen Befragungsinstrumenten zeugt von grossem Fachwissen aber auch von Aufwand/Nutzen-Überlegungen im Thema Patientenurteile.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Im Gültigkeitsbereich liegt eine umfassende Erhebungspalette vor.
- Die Resultate der Erhebungen werden systematisch und transparent den Mitarbeitenden aufgezeigt.
- Von den zuständigen Stellen werden die Resultate systematisch im Sinne des PDCA-Kreislaufes konsequent ausgewertet und die notwendigen Massnahmen konsequent umgesetzt.
- Die Überlegungen zur Einsatzhäufigkeit der verschiedenen Instrumente sind für das Auditteam gut nachvollziehbar und sinnvoll.

Das Auditteam formuliert folgendes **Entwicklungspotenzial**:

- Das Auditteam unterstützt die Überlegungen zum Einsatz von Befragungsinstrumenten mit internen und externen Benchmark-Möglichkeiten. Diese Überlegungen sollten nun in naher Zukunft abgeschlossen und umgesetzt werden.

Standard 5: Schmerzbehandlung

Gültigkeitsbereich: Ospidal und CCU

Zirkelleitung: Joachim Koppenberg, Chefarzt Anästhesiologie

Niveau: ***D***

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

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

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

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.*	*erfüllt* *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

Der Standard wurde konsequent in der Clinica Curativa eingeführt mit individueller Schulung von Ärzten und Pflegenden.

Ebenso wurde der „Apothekenhausstamm" unter der Leitung von G. Flury und von J. Koppenberg abgeschlossen und dabei auch ein besonderes Augenmerk auf die Schmerz-Medikamente gelegt.

Das überarbeitete Konzept wurde geschult.

Durch die festgelegten Berater der Kerngruppe, aber auch durch die Mitglieder der Untergruppen Schmerztherapie, ist sichergestellt, dass die einzelnen Bereiche ihre Inputs gezielt und ressourcensparend einbringen können.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Obwohl dieser Standard im Gültigkeitsbereich auf Ospidal und Clinica Curativa offiziell eingeschränkt ist, profitieren schon jetzt die Bereiche der Chüra von diesem Standard.
- Obwohl dieser Standard schon seit 2006 im Standard-Set ist, wird dieser permanent im Sinne des PDCA-Kreislaufes weiter entwickelt (z.B. Überarbeitung des Schmerzkonzeptes, kontinuierliche Überwachung von Surrogat-Parameter, permanente Befragungen von Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden).

Das Auditteam formuliert folgende **Entwicklungspotenziale**:

- Der Gültigkeitsbereich des Standards sollte nun offiziell auch auf das Chüra Lischana ausgeweitet werden.
- Ebenso könnten die anderen Chüra Bereiche in diesen Gültigkeitsbereich aufgenommen werden (dem Auditteam ist die besprochene mögliche Problematik im Spitex-Bereich: *Einbezug der Hausärzte* bewusst).

Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Gültigkeitsbereich: Gesamtes Netzwerk CSEB (Standard 11: Ospidal und CCU mit allen Arztbereichen, allen Pflegestationen, Operationsbereich, Anästhesie, Röntgen, Intensivstation, Apotheke, Labor, Therapiediensten, Standard 54:Chüra)

Zirkelleitung: Karin Butz, QB CSEB

Niveau: ***D***

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

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

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

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.*	*nicht erfüllt* *nicht erfüllt*	*<u>Feststellung</u>: Eine Überprüfung des überarbeitenden Konzeptes hat noch nicht stattgefunden* *<u>Feststellung</u>: Diese Überprüfung des Wissenstandes hat noch nicht stattgefunden*

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind **fett** hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
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***	

Standard 54: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

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*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Kritische Zwischenfälle werden systematisch erfasst und gemeldet.	- ***Eine Umschreibung des in der Institution verwendeten Begriffs „Kritischer Zwischenfall" liegt vor.*** - ***Der Meldeweg ist dokumentiert und bekannt.*** - ***Die Zuständigkeiten sind geregelt.***	***erfüllt*** ***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. Zur Vermeidung weiterer Zwischenfälle geeignete Massnahmen werden beschlossen und umgesetzt.	- *Der Wissensstand der Mitarbeitenden wird periodisch überprüft.* - *Die Leitung der Institution ist involviert.*	*Nicht erfüllt* *erfüllt*	*Feststellung: Diese Überprüfung des Wissenstandes hat noch nicht stattgefunden*
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.*	*erfüllt* *erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Die 3 "nicht erfüllten" Standardelemente (= nicht Schlüsselkriterien) sind für das Audit-Team kein Grund die Bewertung D nicht zu geben, da diese schon im Sinne des PDCA-Kreislaufes bereits fix geplant sind.

Ein grosses Highlight für diesen Standard im CSEB war sicherlich die erste gemeinsame Sitzung der beiden CIRS-Teams von Ospidal und Chüra.

Ebenso wird den Mitarbeitenden durch den Umgang mit Meldungen die Sicherheitskultur des CSEB aber auch den Umgang mit möglichen Beinahe-Fehlern in Erinnerung gerufen. Dazu ist die transparente Abwicklung des Prozesses mit den einzelnen Meldungen ein grosser Pluspunkt.

Die CIRS-Info's von innen und der Einbezug von CIRRNET von aussen (Quick-Alerts) erhöhen die Wirksamkeit im Umgang mit kritischen Zwischenfällen.

Ein weiterer Q-Schritt ist der klare Auftrag in der Projektbeschreibung/Auftrag: Erfassen und Auswerten von klar definierten Kennzahlen.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Mögliche Defizite in diesen Standards werden kontinuierliche und bewusst mit dem PDCA-Kreislauf aufgedeckt.
- Die Überlegungen, ob das Meldesystem RISKOP noch die Bedürfnisse des CSEB abdeckt, zeigen auf, dass auch die eingesetzten Instrumente überprüft werden.

Das Auditteam formuliert folgende **Entwicklungspotenziale**:

- Es könnte ein Vorteil sein, dass die regelmässigen Sitzungen der einzelnen Meldekreise einmal im Jahr zusammen stattfinden würden. So würde die Bedeutung für das gesamte CSEB ersichtlich.
- Es ist zu überdenken, ob die mehrheitlich durchgeführte „Triage im Team" vor Meldung des Zwischenfalls ins System, zielführend ist. Durch diese Triage könnten Meldungen zu Ereignissen verloren gehen.

Standard 25: Palliative Betreuung

Gültigkeitsbereich: Gesamtes Netzwerk CSEB (Standard 25: Ospidal und CCU: alle gemäss Konzept für die palliative Betreuung vorgesehenen Patientinnen und Patienten, Standard 66: Chüra)

Zirkelleitung: Bertha Prevost, Fachverantwortung Pflege CBP

Niveau: C

(Erfüllung: Standard 25: 3 Punkte, Standard 66: 3 Punkte, Durchdringung Standard 25 und Standard 66: je 4 Punkte)

Die Elemente der Standard 25 und 66 Palliative Betreuung sind zum Zeitpunkt der Bewertung in substanziellem Ausmass erfüllt.

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

Die Bewertung des Standards 25 Palliative Betreuung

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind **fett** hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Das Spital legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird	– ***Ein Entscheidprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt.*** – *Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt.*	*erfüllt* *erfüllt*	
2. Das Spital verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden.	– ***Ein Konzept zur palliativen Betreuung ist vorhanden*** – *Das Konzept ist umgesetzt.* – ***Handlungsleitlinien sind vorhanden.*** – *Diese sind umgesetzt.*	***erfüllt*** *erfüllt* ***erfüllt*** *erfüllt*	
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.	– *Das Team wendet Messinstrumente zur Symptombeurteilung und zur Einschätzung der Lebensqualität an.* – *Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben und ausgewertet.*	*erfüllt* *erfüllt*	
4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben.	– ***Der Umgang mit Patientenerklärungen (Patientenvollmacht) ist geregelt.*** – *Es ist geregelt, unter welchen Bedingungen Angehörige in die Information einbezogen werden.*	*erfüllt* *erfüllt*	

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind **fett** hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt.	– *Die Zuständigkeiten sind geregelt.* – *Es besteht eine Zusammenarbeit mit spitalexternen Stellen.* – *Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert.* – *Das Zusammenwirken im Betreuungsnetz wird periodisch evaluiert.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
6. Das interprofessionelle Betreuungsteam ist in Palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ausgebildet. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.	– *Es besteht ein Fort- und Weiterbildungskonzept.* – *Nachweise über besuchte Fort- und Weiterbildungen sind vorhanden.* – *Teamsitzungen finden unter kompetenter Anleitung statt und werden evaluiert.*	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

Standard 66: Palliative Betreuung

Die Bewertung des Standards 66 Palliative Betreuung

Standardelement	Bewertungskriterien (Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Institutionen erfüllt werden müssen.)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Die Institution legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird.	- ***Ein Entscheidprozess für palliative Betreuung ist festgelegt.***[5] - *Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt.*	***erfüllt*** *erfüllt*	
2. Die Institution verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmöglichen Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden.	- ***Ein Konzept ist vorhanden.***[6] - *Das Konzept ist umgesetzt.* - *Handlungsleitlinien sind vorhanden und umgesetzt.*[7]	*erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.	- ***Das betreuende Team wendet Messinstrumente zur Symptombeurteilung und zur Einschätzung der Lebensqualität an.***	***erfüllt***	
4. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und weiteren Partnern sind geregelt.	- *Die Zuständigkeiten sind geregelt.* - *Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert.*	*erfüllt* *erfüllt*	

[5] Der Entscheidprozess findet systematisch statt und läuft in klar definierten Schritten ab. Es ist geregelt, durch wen, auf welche Weise, aufgrund welcher Informationen und unter welchen Bedingungen über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird.

[6] Ein Konzept umfasst im Minimum:

- eine Umschreibung des Begriffs "Palliative Betreuung" ("was ist Palliative Betreuung für uns, in unserer Institution?");
- eine Beschreibung des Leistungsangebots „Palliative Betreuung" der Institution;
- eine Beschreibung, durch wen welche Leistungen erbracht werden;
- eine Situierung der Institution im Versorgungsnetz (Koordination mit spezialisierten mobilen Diensten, Konsiliarpersonen, Akutspital, frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten);
- das menschliche und berufliche Anforderungsprofil der in der palliativen Betreuung tätigen Mitarbeitenden;
- eine Beschreibung der wichtigsten Betriebsabläufe, insbesondere des Entscheidungsprozesses.

[7] Zum Beispiel die Bigorio-Empfehlungen zu Nausea, Dyspnoe, Delirium, palliative Sedation, Hydratation, Spiritualität, Angst am Lebensende etc., veröffentlicht unter http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice/.

5. Mitglieder des betreuenden Teams haben Zusatzausbildungen in diesem Feld besucht. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.	- *Es bestehen Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepte sowohl für das betreuende Team als auch für weitere Mitarbeitende der Einrichtung.* - *Die fachliche und psychologische Begleitung der betreuenden Teams ist gewährleistet.*	*erfüllt* *erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Rein reglementarisch sind in diesem Standard die Teilelemente erfüllt. Aber für das Auditteam, auch von der Institution selbst im Selbstbewertungsbericht bemerkt, sind wichtige Teilpunkte noch in Erarbeitung. So das Festlegen von Entscheidungskriterien für den Startpunkt der palliativen Betreuung und konsekutiv auch die Schulung der Mitarbeitenden dazu.

Ebenso wird die Erstellung, die Einführung und danach die Evaluation der Dokumente zu den Strukturen und Zuständigkeiten im Bereich Palliativ Care ein weiterer Schritt zur Weiterentwicklung dieses Standards sein.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Der Einbezug der Komplementärmedizin ins gesamte medizinische Angebot, aber auch in die Mitbehandlung und Mitbetreuung von Patienten in einer palliativen Situation, ist vorbildlich.
- Gute Einbindung dieses Themas ins „Cockpit".
- Klare Projektziele

Das Auditteam formuliert folgende **Entwicklungspotenziale**:

- Wenn die Entscheidungskriterien einen früheren Start für den Prozess: Palliative Betreuung ergeben würden, wäre allenfalls die Entlassung von mehr Patientinnen und Patienten an einen anderen Ort der Behandlung und Betreuung möglich.
- Es ist bereits in Auftrag gegeben und schon in Bearbeitung gewisse Ergebniskriterien konsequent nach dem PDCA-Kreislauf zu bearbeiten.
- Die möglichen Auswirkungen der neu vorgegebenen Ressourcen für die Fortbildung zu diesem Themenkreis allenfalls strukturiert erheben und analysieren.

Standard 28: Decubitusvermeidung und -pflege

Gültigkeitsbereich: Gesamtes Netzwerk CSEB (Standard 28: Ospidal und CCU, Standard 62: Chüra)

Zirkelleitung: Christine Colcuc, Pflegefachfrau (OSP / CCU)

Bertha Prevost, FVP, CPB

*Niveau: **D***

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

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

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

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* *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 Pfle-	– *Weiterbildungsveranstaltungen werden durchge-*	*erfüllt*	

Standardelement	Bewertungskriterien *(Schlüsselkriterien sind **fett** hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	Was noch zur Erfüllung fehlt
gende sind in der Lage, das Decubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Vermeidung und Heilung von Decubitus und kennen ihre Kompetenzen zur Decubitusbekämpfung.	*führt und evaluiert.*		
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*	

Standard 62: Decubitusvermeidung und –pflege

Die Bewertung des Standards 62 Decubitusvermeidung und pflege

Standardelement	Bewertungskriterien *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt – nicht erfüllt*	Was noch zur Erfüllung fehlt
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*	
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*	
	- ***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*	

3. 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

Für das Auditteam ist die Zusammenarbeit zwischen dem Akut- und Langzeitbereich eindrücklich. Ebenso die konsequenten Überlegungen wie das hohe Niveau der Qualität in diesem Themenbereich erhalten oder sogar noch verbessert werden kann.

Durch das Aussetzen von separaten Sitzungen für den Dekubitus-Standard in dem die betroffenen Themen dafür im Wundzirkel oder in internen Besprechungen der Wundgruppe (Akut) behandelt werden ist die Effizienz gesteigert worden.

Natürlich wurde auch die Clinica Curativa in diesem Standard problemlos einbezogen.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Beeindruckend ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl im Akut- als auch im Langzeitbereich.
- Das klare „Aufleuchten" im Cockpit zeigt die Wichtigkeit dieses Themas in der täglichen Arbeit.
- Die erreichte Re-Zertifizierung als Wundbehandlungszentrum der SAfW 2017.

Das Auditteam formuliert folgendes **Entwicklungspotenzial**:

- Das Auditteam unterstützt die konsequente Umsetzung der Massnahmen, welche aus der Überprüfung der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit hervorgegangen sind. (Stichwort: Evaluation der Dekubitus-Risiko-Erfassung, etc.).

Standard 29: Sturzprävention

Gültigkeitsbereich: Gesamtes Netzwerk CSEB (Standard 29: Ospidal und CCU, Standard 63: Chüra)

Zirkelleitung: Marianne Sägesser, PDL

Niveau: ***D***

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

Die Elemente der Standard 29/63 Sturzprävention/Sturzvermeidung sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

Die Bewertung des Standards 29 Sturzvermeidung

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Schlüsselkriterien sind **fett** hervorgehoben.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Sturzprävention. Dieses regelt den Umgang mit sturzgefährdeten Patientinnen und Patienten und wie Stürze und Sturzverletzungen vermieden werden können.	– ***Das Konzept zur Sturzprävention liegt vor.*** – *Das Konzept wird umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.* – *Die Massnahmen zur Sturzprävention 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 in den ersten Tagen nach 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 Unternehmen erfasst mittels Sturzprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	– *Vollständige Sturzprotokolle mit Angaben zu allfälligen Folgen liegen vor.* – *Die Protokolle dienen der Auswertung individueller Sturzmuster einzelner Patientinnen und Patienten und der beeinflussenden Faktoren.*	*erfüllt* *erfüllt*	

4. Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende bilden Bestandteile des Konzepts zur Sturzprävention. 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 Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige 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*	

Standard 63: Sturzvermeidung

Die Bewertung des Standards 63 Sturzvermeidung			
Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Institutionen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Die Institution verfügt über ein Konzept zur Sturzvermeidung. Dieses regelt, wie mit sturzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern umgegangen wird und wie 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 für mobilitätsfördernde Massnahmen (Gleichgewichtsübungen, Gehtraining, Kraftübungen etc.) sind vorhanden.*	***erfüllt*** *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
2. Das Konzept regelt, ob, wie und in welchen Situationen ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.	- ***Die Sturzrisiko-Beurteilung wird in den ersten Tagen nach Eintritt erstmals vorgenommen und regelmässig wiederholt.*** - *Zielgerichtete Massnahmen werden abgeleitet.* - *Betroffene und (falls vom Betroffenen gewünscht) ihre Angehörigen werden informiert.* - *Die Pflegedokumentationen der gefährdeten Personen sind speziell gekennzeichnet.*	***erfüllt*** *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	

3. Die Mitarbeitenden erfassen mittels Sturzereignisprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	- ***Bearbeitete Sturzereignisprotokolle liegen vor.*** - ***Spätfolgen werden nachgetragen.*** - *Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert.* - *Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert.*	***erfüllt*** *erfüllt* *erfüllt* *erfüllt*	
4. Fortbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.	- *Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert.*	*erfüllt*	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Auch in diesen Standards (29/63) ist für das Auditteam der konsequent Einsatz des PDCA-Kreislaufes und die Zusammenarbeit zwischen den Lang- und Akutbereichen, aber auch zwischen den verschiedenen Professionen, vorbildlich.

Es ist in der Projektbeschreibung / - Auftrag ein klarer Arbeits- und Zeitplan aufgelistet. Dieser Zeitplan hat immer das gesamte CSEB im Auge.

Durch die geschickte Wahl der Zirkelmitglieder ist die Durchdringung im gesamten CSEB sicherlich gewährleistet.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Auch hier zeigt das „Aufleuchten" im Cockpit sofort den Zustand beim Patienten.
- Interdisziplinäre Erarbeitung, Bearbeitung und Umsetzung dieses Standards.
- Der konsequente Einbezug der bewegungseinschränkenden Massnahmen (BEM) bevor neue Mittel zur Sturzprävention eingesetzt werden.

Das Auditteam formuliert folgende **Entwicklungspotenziale**:

- Das Auditteam unterstützt, dass Überlegungen zum Sollwert nochmals durchgeführt werden.
- Eine Verbesserung könnte die Einführung von Gruppentherapien / Gruppenschulungen durch die Physiotherapie sein.

Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Gültigkeitsbereich: Gesamter Bereich Chüra

Zirkelleitung: Verena Schütz, Direktorin CBP

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.

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

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*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Die Institution 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 Institution abgegeben.***	***erfüllt***	
	- *Neu eintretende Mitarbeitende werden in die Rechte eingeführt.*	*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.*	*erfüllt*	
	- *Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.*	*erfüllt*	
3. Die Institution 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.	- *Die Institution informiert Bewohnerinnen und Bewohner und die vertretungsberechtigte Person über ihr Recht, bei Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen mitzubestimmen.*	*erfüllt*	
4. Die Mitarbeitenden sind befähigt, mit der Ablehnung von Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen durch Bewohnerinnen und Bewohner umzugehen.	- ***Handlungsanweisungen bzw. Richtlinien sind den Mitarbeitenden bekannt.***[8]	***erfüllt***	
	- *Das Thema wird in Teamsitzungen, Fortbildungen oder Fallbesprechungen behandelt.*	*erfüllt*	
	- *Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.*	*erfüllt*	
5. Der Umgang mit Patientenerklärungen und Patientenvollmachten ist geregelt.	- *Die Bewohnerdokumentation enthält Hinweise auf Patientenverfügungen und/oder auf ein zum Thema stattgefundenes Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner.*	*erfüllt*	

[8] Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode muss dieses Schlüsselkriterium noch nicht erfüllt werden

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
6. Die Institution verfügt über eine Grundsatzerklärung zur Frage des selbstbestimmten Sterbens (Beihilfe zum Suizid, „Freitodbegleitung").	- *Die Grundsatzerklärung ist den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen bzw. vertretungsberechtigten Personen bekannt.*[9]	*erfüllt*	
7. Die Institution 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 Institution anerkannt, dokumentiert und respektiert.***	***erfüllt***	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Die Umsetzung und Wahrung der Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner sind in den Tätigkeiten des Alltags eine Selbstverständlichkeit.

Ebenso werden diese Themen auch, wo nötig, in den Umsetzungen der anderen Standards einbezogen.

Schon in der Projektbeschreibung / -Auftrag sind weitsichtig die vom Kanton Graubünden geforderten Standards und Handlungsanweisungen, aber auch die ab 2019 wohl gültigen medizinischen Qualitätsindikatoren, einbezogen worden.

Dafür, dass dieses hohe Niveau in der Umsetzung des Standards erreicht und gehalten werden konnte, ist die vorbildliche Schulung und Information von Mitarbeitenden und Angehörigen sicherlich mit verantwortlich.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Für alle Mitarbeitenden sind die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur ein „Text", sondern diese werden bewusst gelebt und die Umsetzung ist ein Bestandteil der täglichen Arbeit.
- Der Umgang mit den persönlichen Rechten der Bewohnerinnen und Bewohner in den vorhandenen Zweibettzimmern wird praktisch und problemlos umgesetzt.

Das Auditteam formuliert folgendes **Entwicklungspotenzial**:

Durch den vermehrten Einbezug von freiwilligen Helferinnen und Helfer im Pflegeheim Lischana könnten die „Rechte" der Bewohnerinnen und Bewohner ausgeweitet werden (z.B. Begleitung von einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern, etc.).
So könnten Ressourcen zur pflegerischen Behandlung und Betreuung zusätzlich geschaffen werden.

[9] Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn die Institution nachweist, dass sie Bewohnerinnen und Bewohner und/oder Angehörige in konkreten Bedarfsfällen einheitlich orientiert.

Standard 53: Pflege und Betreuung

Gültigkeitsbereich: Gesamter Bereich Chüra

Zirkelleitung: Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege CPB

Niveau: ***D***

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

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

Dem Auditteam standen vor dem Audit folgende Unterlagen des CSEB elektronisch zur Verfügung:
- Selbstbewertungsbericht vom 21.3.18
- Elektronische Unterlagen auf der Cloud

Am Audit nahm das Auditteam Einblick in eine Reihe von weiteren Unterlagen sowie in das Intranet des CSEB

Die Bewertung des Standards 53 Pflege und Betreuung

Standardelement	**Bewertungskriterien** *(Die **fett** hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Institutionen erfüllt werden müssen.)*	*erfüllt - nicht erfüllt*	**Was noch zur Erfüllung fehlt**
1. Für jede Bewohnerin und für jeden Bewohner wird eine individuelle Pflegeprozessplanung vorgenommen und umgesetzt.	- *In der Institution wird regelmässig kontrolliert, ob das Instrument der Pflegebedarfseinstufung[10] korrekt und fristgerecht angewendet wird.*	*erfüllt*	
	- *Nachweise über diese Kontrollen sind vorhanden.*	*erfüllt*	
	- ***Die Erkenntnisse aus der Pflegebedarfseinstufung werden innert vereinbarter Frist in Form von Zielvereinbarungen und Massnahmen in die Pflegeprozessplanung umgesetzt.***	***erfüllt***	
	- *In der Institution wird regelmässig kontrolliert, ob die Pflegeprozessplanung aktuell ist.*	*erfüllt*	
2. Pflegende arbeiten mit Pflegestandards und Handlungsanweisungen.	- ***Pflegestandards und Handlungsanweisungen sind allen Mitarbeitenden im Bereich Pflege und Betreuung zugänglich.***	***erfüllt***	
	- ***Diese sind instruiert und umgesetzt.[11]***	*erfüllt*	
	- *Pflegestandards und Handlungsanweisungen werden innert vereinbarter Fristen überprüft und evaluiert.*	*erfüllt*	

[10] BESA, RAI-NH, PLAISIR oder ähnliches Instrument zur Pflegebedarfsabklärung und –einstufung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung.

[11] Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode muss dieses Schlüsselkriterium noch nicht erfüllt werden.

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Den Verantwortlichen ist klar vor Augen, dass mit der Erfüllung dieses Standards auch die Vorgaben des Kantons Graubünden grösstenteils abgedeckt werden können.

Ebenso ist die permanente Weiterentwicklung im Sinne des PDCA-Kreislaufes aus der Beurteilung des Auditteams sicherlich gegeben.

Man spürt, dass die Inhalte dieses Standards zu den Hauptthemen des Berufes der Mitarbeitenden in der Langzeitpflege gehören und dass sie bestrebt sind, diese auch umzusetzen.

Das Auditteam formuliert folgende **Stärken**:

- Die Einbindung des elektronischen Tools Phönix in den Alltag und deren Selbstverständlichkeit in der Anwendung.
- Die Nähe des Ospidals zum Pflegeheim Chüra Lischana wird bewusst ausgenützt, ohne „die Eigenständigkeit" des Chüra Lischana zu tangieren.

Das Auditteam formuliert folgendes **Entwicklungspotenzial**:

- Das Auditteam unterstützt die im Arbeits- und Zeitplan bis 2019 vorgesehenen Vereinheitlichungen und Erarbeitung von neuen Konzepten und Richtlinien. Insbesonders auch die Weiterentwicklung der digitalen Führung von Pflegedokumentationen.

13 Auflagen und Empfehlungen

Auflagen

Es werden keine Auflagen ausgesprochen.

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	**Feststellung**	**Empfehlung des Auditteams**
1 Element 3	*Feststellung:* *Schwellenwerte sind nicht konsequent festgelegt*	Schwellenwerte festlegen.
11 Element 3	*Feststellung:* *Eine Überprüfung des überarbeitenden Konzeptes hat noch nicht stattgefunden*	Die Überprüfung, wie geplant 2019, durchzuführen.
11/54 Element 3	*Feststellung:* *Diese Überprüfung des Wissenstandes hat noch nicht stattgefunden*	Die Überprüfung, wie geplant 2019, durchzuführen.

14 Antrag und Dank

Antrag auf Zertifizierung

Gestützt auf die Ergebnisse des Re-Zertifizierungsaudits im Netzwerk vom

8. und 9. Mai 2018 stellt das Auditteam der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

1. *Die Zertifizierung ist wieder hergestellt.*
2. *Das Qualitätsmanagement des CSEB ist bis zum 10. Februar 2021 zu zertifizieren.*
3. *Die Empfehlungen dieses Berichtes zu unterstützen.*
4. *Das nächste Überwachungsaudit wird im Jahr 2019 fällig. Das zweite und letzte Überwachungsaudit vor der Re-Zertifizierung wird im Jahr 2020 fällig werden.*

Dank

Das Auditteam dankt den Mitgliedern der Geschäftsleitung und der Qualitätskommission, allen Auskunftspersonen bei den Gesprächen und in den Begehungen für die offene und vertrauensvolle Atmosphäre.

Ebenso bedankt es sich bei Frau Karin Butz, QB CSEB, für die gute Zusammenarbeit in der Vorbereitung und Durchführung des Audits ganz herzlich. Die Organisation der beiden Audittage hat perfekt geklappt.

Ganz besonders bedankt sich das ganze Auditteam bei Dr. med. Joachim Koppenberg für die eindrückliche und lebhafte Kurz-Demonstration des Simulationsraumes, welche ausserhalb des Audits durchgeführt wurde.