



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 26. und 27. August 2020

Auditoren (Peers) Dr. med. Michele Losa
Corinne Morandi Müller
Regula Benz
Dr. Jürg Nyfeler

Leitender Auditor Dr. med. Peter Ueberschlag

Bern, 7. Oktober 2020

Auftrag Nr. AH 2020.13.03

Inhalt

1	Zusammenfassung.....	3
2	Auftrag und Methode.....	3
2.1	Regulärer Auftrag.....	3
3	Auditierte Einrichtung – Kurzportrait	5
4	Normative Grundlagen	6
5	Auditteam.....	7
6	Auditziele	7
7	Das Auditprogramm	8
8	Die Begehungen	10
9	Die Bewertung	15
10	Stärken	19
11	Entwicklungspotenziale.....	19
12	Bearbeitete Standards.....	20
12.1	Grundstandard Qualitätsmanagement.....	20
12.2	Standard 51: Qualitätsentwicklung.....	23
12.3	Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	27
12.4	Standard 61: Infektionsprävention	28
12.5	Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	30
12.6	Standard 7: Chirurgie	32
12.7	Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen	35
12.8	Standard 54: Kritische Ereignisse	36
12.9	Standard 25: Palliative Betreuung	39
12.10	Standard 66: Palliative Betreuung	41
12.11	Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung	43
12.12	Standard 62: Dekubitusprävention und -behandlung	44
12.13	Standard 29: Sturzprävention	47
12.14	Standard 63: Sturzprävention	48
12.15	Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	50
12.16	Standard 53: Pflege und Betreuung.....	52
13	Auflagen und Empfehlungen.....	54
13.1	Auflage	54
13.2	Empfehlungen.....	54
14	Ungelöste Aspekte	54
15	Antrag und Dank	55
16	Anhang	56
16.1	Liste der vom Unternehmen eingereichten Unterlagen zur Auditvorbereitung	56
16.2	Liste der vom Unternehmen vorgelegten Unterlagen am Audittag	58

1 Zusammenfassung

Das Qualitätsmanagement des Netzwerks CSEB wurde erstmals 2014 zertifiziert. Eine erste Re-Zertifizierung erfolgte im Jahr 2018.

Im Rahmen des externen Audits 2020 überprüften 4 Experten (Peers) am 26. und 27. August insgesamt 10 Standards. Der Gültigkeitsbereich der Zertifizierung umfasst das Ospidal und die Clinica Curativa (Akutbereich), die Chüra (Langzeitpflege und die Spitex Unterengadin).

Das CSEB hat das Audit erfolgreich bestanden und erreichte insgesamt 38 Punkte bei einem möglichen Maximum von 40 Punkten. Das Auditteam formuliert im folgenden Bericht 1 Auflage sowie 2 Empfehlungen und stellt den Antrag auf Zertifizierung für die Dauer von drei Jahren.

2 Auftrag und Methode

2.1 Regulärer Auftrag

Das Auditteam der Stiftung SanaCERT Suisse hat die Arbeiten zu insgesamt 10 Standards im Akut- und im Langzeitpflegebereich beurteilt. Es hatte den Auftrag zu überprüfen, wo das Unternehmen bezüglich der Qualitätsentwicklung heute steht.

Diese Überprüfung geschah in den folgenden Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierte das Auditteam die vom Unternehmen vor dem Audit eingereichten schriftlichen Unterlagen.
- Im ersten Teil des Audits führte das Auditteam zu jedem Standard ein Gespräch mit den vom Unternehmen bestimmten Auskunftspersonen.
- Besuche in ausgewählten Bereichen (siehe Kapitel 8 Begehungen), Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen und die Analyse ausgewählter Patienten-/Bewohner-/Klientendokumentationen vertieften im zweiten Teil des Audits die Eindrücke und vervollständigten die Informationen.
- Gemäss Reglement über die Zertifizierung von SanaCERT Suisse erfolgte anschliessend die Bewertung der Konformität mit den Qualitätsstandards nur durch die Auditorinnen bzw. Auditoren.

Die Auditorinnen, Auditoren hatten ferner den Auftrag, das Unternehmen auf Stärken und Entwicklungspotenzial des Qualitätsmanagementsystems ausserhalb der beurteilten Standards hinzuweisen.

Der gesamte Auditzeitaufwand für die Planung und Vollendung des vollständigen Audits betrug 187 Stunden.

Zum Qualitätsmanagement und den einzelnen Standards wurde dem Auditteam eine umfangreiche Dokumentation gemäss Liste im Anhang fristgerecht eingereicht oder am Audittag vorgelegt.

Das Audit basiert auf einem Stichprobenverfahren über die verfügbaren Informationen. Eine Haftung der Stiftung im Zusammenhang mit der Zertifizierung wird ausgeschlossen, soweit dies gesetzlich zulässig ist.

3 Auditierte Einrichtung – Kurzportrait

Name des Unternehmens	Gesundheitszentrum Unterengadin (CSEB)	
Standorte	Akutspital, Rettungsdienst, Rehabilitationsklinik, Chüra Pflege und Betreuung in Scuol/Zernez, Spitex	
Organisation (Rechtsform)	Stiftung «Center da sandà Engiadina Bassa»	
Oberste Führungsorgane	Stiftungsrat -> Vorstand -> Geschäftsleitung	
Region (Einzugsgebiet)	Unterengadin	
Dienstleistungen	Akutspital, Rettungsdienst, Rehabilitationsklinik, zwei Pflegeheime, drei Pflegegruppen, Spitex-Dienste, Bera- tungsstellen	
Anzahl Patienten/Betten (2019)	Akut: 1135 Langzeit: Spitex	30 Betten 111 Betten
Anzahl Mitarbeitende	rund 375	
Umsatz	CHF 31 Millionen	
Zertifizierung SanaCERT Suisse	Ospidal Scuol, Erst-Zertifizierung: 2006 Chüra (Langzeit und Spitex), Erst-Zertifizierung: 2011 Erst-Zertifizierung CSEB Netzwerk: 2014 1. Re-Zertifizierung Netzwerk: 2018	
Wichtige Änderungen, die das Managementsystem des Kunden seit dem letz- ten durchgeführten Audit beeinträchtigen:	Wechsel in der Direktion Chüra Pflege und Betreuung	

4 Normative Grundlagen

Die Überprüfung des Qualitätsmanagements erfolgte auf der Grundlage folgender Normen

- ISO 19011:2018, Leitfaden zur Auditierung von Managementsystemen
- Stiftung SanaCERT Suisse, Qualitätsstandards für die Akutsomatik, Normative Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Version 23/2019
- Stiftung SanaCERT Suisse, Normative Grundlage für die Zertifizierung, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 23/2019
- Stiftung SanaCERT Suisse, Normative Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in Langzeitpflegeeinrichtungen, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 8/2020
- Stiftung SanaCERT Suisse, Reglementarische Grundlagen zum Zertifizierungsverfahren, Version 20/2018, in Kraft ab 1. Juni 2018

SanaCERT Suisse ist von der schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) gemäss der Norm ISO EN 17021-1:2015 Konformitätsbewertung für die Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen von Spitälern und Einrichtungen der Langzeitpflege akkreditiert (SCESm 0097, Gültigkeit der Akkreditierung bis 6. Februar 2021).

5 Auditteam

Das Auditteam setzte sich folgendermassen zusammen:

Peer Medizin	Dr. med. Michele Losa, Vorsitzender der Klinikleitung, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Insel Gruppe AG, Inselspital Bern
Peer Pflege	Corinne Morandi Müller, Leiterin Pflegedienst, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern
Peer Pflege Langzeit	Regula Benz, Prosenio Bethesda Alterszentren AG, Verantwortliche Qualität und Entwicklung, Ennetbaden
Peer Verwaltung	Dr. phil. nat. Jürg Nyfeler, CEO Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel
Leitender Auditor	Dr. med. Peter Ueberschlag, SanaCERT Suisse, St. Gallen

6 Auditziele

Die Auditorinnen und Auditoren hatten zu beurteilen, ob das Unternehmen über ein funktionierendes Qualitätsmanagement verfügt. Sie hatten insbesondere zu ermitteln:

- inwieweit das Qualitätsmanagementsystem den Anforderungen der vorgelegten Qualitätsstandards entspricht
- ob der Prozess der regelmässigen periodischen Selbstbewertung stattfindet und die erwünschten Wirkungen zeitigt;
- ob in den bearbeiteten Qualitätsstandards der Qualitätsregelkreis (Plan-Do-Check-Act) vollendet worden ist (Erfüllung); und
- ob jeder Qualitätsstandard im Geltungsbereich der Zertifizierung umgesetzt worden ist (Durchdringung).

7 Das Auditprogramm

Mittwoch: 26. August 2020

10.45 – 13.00	Vorbereitungssitzung des Audit-Teams: Treffen beim Empfang um 10.25
13.00 – 13.15	Eröffnungsgespräch: Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitung Begrüßung, Vorstellung, Ablauf des Audits (Beginn Audit) Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Karin Butz, Rebekka Hansmann Gäste: Marianne Florinett, Gabriela Pless
13.15 – 14.15	Grundstandard Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Karin Butz, Rebekka Hansmann Gäste: Marianne Florinett, Gabriela Pless
14.15 - 14.30	Pause
14.30 – 15.00	29 / 63 Sturzprävention Teilnehmende des CSEB: Marianne Sägesser, Elke Cloet Berta Prevost, Romana Riedl, Christian Köllemann
15.00 – 15.30	25 / 66 Palliative Care Teilnehmende des CSEB: Hannes Graf Berta Prevost
15.30 – 16.00	28 / 62 Dekubitusprophylaxe Teilnehmende des CSEB: Christine Colcuc Clemens Weiler, Maryline Wunderer
16.00 – 16.15	Pause
16.15 - 16.45	Vorstellung und Besprechung von: Joachim Koppenberg; Karin Butz Dashboard und Beekeeper-App
16.45 – 17.15	53 Pflege und Betreuung Teilnehmende des CSEB: Berta Prevost, Sanne Giermann, Maryline Wunderer
17.15 – 17.45	11 / 54 CIRS Teilnehmende des CSEB: Karin Butz, Ulrich Bauerschmidt Sanne Giermann, Karin Primisser
17.45 – 18.15	52 Rechte der Bewohner Teilnehmende des CSEB: Rebekka Hansmann, Christian Grabner, Karin Primisser
18.15 – 18.45	7 Chirurgie Teilnehmende des CSEB: Claudia Bauer, Cyril Fusi, Ruth Bayerl, Ulrich Bauerschmidt

18.45 – 19.30	Beratung des Audit-Teams und Vorbereiten der Begehung				
19.30	Das Audit-Team verlässt das Spital nach Abgabe des Begehungsplans.				
Donnerstag, 27. August 2020					
07.45	Eintreffen des Audit-Teams im Spital				
08.00 – 08.30	1 Infektionsprävention und Spitalhygiene/ 61 Infektionsprävention Teilnehmende des CSEB: Renate Köllemann, Ruth Bayerl, Fabian Trottmann				
08:30 – 09:00	2 Erhebung von Patientenurteilen Teilnehmende des CSEB: Seraina Joos, Aldo Sala				
09.00 – 09:15	Beratung des Audit-Teams über die Begehung				
09:15 – 12.15	Begehungen (gemäss separatem Plan) Begehung: Besuche und Gespräche auf den Stationen, Ergänzungen, Patientendossiers - Stichproben, Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen				
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Team 1 und 2</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Team 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ospidal und Clinica Curativa, Chüra Lischana, Spitex Transfer 5 Min. Prasas-chèr Transfer 5 Min</td> <td style="text-align: center;">Transfer Scuol – Zernez 30 Min Röven Zernez Transfer Zernez – Scuol 30 Min</td> </tr> </table>	Team 1 und 2	Team 3	Ospidal und Clinica Curativa, Chüra Lischana, Spitex Transfer 5 Min. Prasas-chèr Transfer 5 Min	Transfer Scuol – Zernez 30 Min Röven Zernez Transfer Zernez – Scuol 30 Min
Team 1 und 2	Team 3				
Ospidal und Clinica Curativa, Chüra Lischana, Spitex Transfer 5 Min. Prasas-chèr Transfer 5 Min	Transfer Scuol – Zernez 30 Min Röven Zernez Transfer Zernez – Scuol 30 Min				
12.15 – 13.15	Mittagsverpflegung				
13.15 – 15.15	Bewertung				
15.15 – 15.30	Pause				
15.30 – 16.00	Schlussgespräch: Abschliessende Zusammenkunft mit der Geschäftsleitung, dem Kader und Mitarbeitenden zur Information über Bewertung durch das Auditteam (Ort: <i>Cafeteria</i>)				
16.30	Ende des Audits				

Das Audit konnte plangemäss durchgeführt werden.
Zusätzlich wurde am 26.8.20, 16.15 – 16.45 "Vorstellung und Besprechung von Dashboard und Beekeeper-App" eingeschoben.

8 Die Begehungen

Team 1

Auditor: Corinne Morandi

Begleitperson: Renate Köllemann

Zeit	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
09.15-09.45	Gyn. Bettenstation	1 Hebamme	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen	
09.45-10.15	Med. Bettenstation 2. Stock	1 dipl PFP	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 25 Palliative Betreuung Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 29 Sturzprävention	
10.15-10.45	Küche	1 Koch	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen	
10.45-11.15	Clinica Curaviva	1 dipl PFP 1 Arzt	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 25 Palliative Betreuung Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 53 (LZ) Pflege und Betreuung	

Eingesehen: insgesamt 8 Krankengeschichten

Team 2

Auditor: Regula Benz

Begleitperson: Marianne Florinett

Zeit	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
09.15-10.00	Prasascher	1 dipl. PFP 1 PA 1 PFP HF in Ausbildung	Standard 51 (LZ) Qualitätsentwicklung Standard 61 (LZ) Infektionsprävention Standard 54 (LZ) Kritische Ereignisse Standard 66 (LZ) Palliative Betreuung Standard 62 (LZ) Dekubitusprävention und -behandlung Standard 63 (LZ) Sturzprävention Standard 52 (LZ) Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner Standard 53 (LZ) Pflege und Betreuung	
10.00-10.15	Transfer			
10.15-11.00	Chüra Lischana	1 dipl. PFP 1 FaBe 1 PA	Standard 51 (LZ) Qualitätsentwicklung Standard 61 (LZ) Infektionsprävention Standard 54 (LZ) Kritische Ereignisse Standard 66 (LZ) Palliative Betreuung Standard 62 (LZ) Dekubitusprävention und -behandlung Standard 63 (LZ) Sturzprävention Standard 52 (LZ) Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner Standard 53 (LZ) Pflege und Betreuung	
11.00-11.15	Chüra Lischana	1 MA Reinigung	Standard 51 (LZ) Qualitätsentwicklung Standard 61 (LZ) Infektionsprävention Standard 54 (LZ) Kritische Ereignisse	
11.15-12.00	Chüra Lischana	1 dipl. PFP 1 PA 1 Ltg. Pflege	Standard 51 (LZ) Qualitätsentwicklung Standard 52 (LZ) Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner Standard 61 (LZ) Infektionsprävention Standard 54 (LZ) Kritische Ereignisse Standard 66 (LZ) Palliative Betreuung	

			Standard 62 (LZ) Dekubitusprävention und -behandlung Standard 63 (LZ) Sturzprävention Standard 52 (LZ) Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner Standard 53 (LZ) Pflege und Betreuung	
--	--	--	---	--

Eingesehen: insgesamt 8 Pflegedokumentationen

Team 3

Auditor: Michele Losa

Begleitperson: Karin Butz

Zeit	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
09.15-09.45	Chir. Station 1. Stock	1 dip.l PFP	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 7 Chirurgie Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 25 Palliative Betreuung Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 29 Sturzprävention	
09.45-10.15	Notfall	1 dipl. PFP	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 29 Sturzprävention	
10.15-11.00	OPS	1 dipl. PFP	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung	
11.00-11.20	Rettungsdienst	1 Rettungssanitäter	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention	

			Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 29 Sturzprävention	
11.30-11.50	Physio	1 MA Physiotherapie	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 25 Palliative Betreuung Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 29 Sturzprävention	

Eingesehen: insgesamt 3 Krankengeschichten

Team 4

Auditor: Jürg Nyfeler, (Peter Ueberschlag)

Begleitperson: Gian Andrea Wagner

Zeit	Ort	Auskunftspersonen	Themen	Dokumentationen, Unterlagen
09.15 - 09.30	Empfang Ospidal	1 MA Empfang	Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 1 Spitalhygiene und Infektionsprävention Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen	
09.30 - 09.45	Transfer			
09.45 - 10.15	SpitexStützpunkt	1 dipl. PFP/Leitung	Standard 51 (LZ) Qualitätsentwicklung Standard 61 (LZ) Infektionsprävention Standard 54 (LZ) Kritische Ereignisse Standard 25 Palliative Betreuung Standard 66 (LZ) Palliative Betreuung Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 62 (LZ) Dekubitusprävention und -behandlung Standard 29 Sturzprävention Standard 63 (LZ) Sturzprävention	

			Standard 52 (LZ) Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner Standard 53 (LZ) Pflege und Betreuung	
10.15 - 10.45	Transfer			
10.45 - 11.30	Zernez	Leitung 1 dipl. PFP 1 FaGe 1 PA	Standard 51 (LZ) Qualitätsentwicklung Standard 61 (LZ) Infektionsprävention Standard 54 (LZ) Kritische Ereignisse Standard 25 Palliative Betreuung Standard 66 (LZ) Palliative Betreuung Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung Standard 62 (LZ) Dekubitusprävention und -behandlung Standard 29 Sturzprävention Standard 63 (LZ) Sturzprävention Standard 52 (LZ) Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner Standard 53 (LZ) Pflege und Betreuung	
11.30 - 12.00	Transfer			

Eingesehen: insgesamt 3 Krankengeschichten

9 Die Bewertung

Die Bewertung des Audits berücksichtigt einerseits die Erfüllung (das Ausmass der Vollen-
dung des Qualitätsregelkreis „Plan-Do-Check-Act“), andererseits die Durchdringung (den
Grad der Einführung des Standards im Unternehmen.)

Sowohl Erfüllung und Durchdringung werden mit Punkten¹ 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
untergeordnete Nicht-Konformität und formuliert entsprechende Auflagen mit Fristen.

Wird ein Kriterium nicht erfüllt, das nicht zu den Schlüsselkriterien gehört, formuliert das
Auditteam eine Empfehlung. Empfehlungen sollen vom Spital später thematisiert und, falls
für nützlich befunden, umgesetzt werden.

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

Beurteilung der Konformität für die Bereiche Akutsomatik und Langzeitpflege

Die Bewertung erfolgt nach den folgenden Grundsätzen über beide Bereiche

Gruppe I: Die 6 Standards, die für beide Bereiche gelten, werden im Akutbereich (Ospidal
und Clinica) nach den Qualitätsstandards mit den Standardelementen der Norm
für Akutsomatik und im Bereich Langzeitpflege (Chüra und Spitex) nach den
thematisch entsprechenden Qualitätsstandards mit den Standardelementen der
Norm für die Langzeitpflege bewertet. Für die beiden thematisch sich entspre-
chenden Standards wird **eine** Bewertung abgegeben, nach dem Grad der Erfül-
lung und Durchdringung.

Gruppe II: Die 2 Standards der Akutsomatik werden im Akutbereich (Ospidal und Clinica)
nach den Qualitätsstandards mit den Standardelementen der Norm für Akutso-
matik bewertet. Pro Standard wird **eine** Bewertung abgegeben.

Gruppe III: Die 2 Standards der Langzeitpflege werden im Bereich Langzeitpflege (Chüra
und Spitex) nach den Qualitätsstandards mit den Standardelementen der Norm
für die Langzeitpflege bewertet. Pro Standard wird **eine** Bewertung abgegeben.

¹ **Erfüllung:** 0=Konzepte, Beschlüsse, Visionen, Abklärungen; 1=Projektgruppe in Arbeit. Konkrete Planung zur Einführung vorhan-
den.; 2=Standard eingeführt, Mitarbeitende instruiert; 3=Messung regelmässig durchgeführt und analysiert, Verbesserungsmass-
nahmen geplant; 4=Verbesserungen umgesetzt

Durchdringung: 0=Standard noch nicht eingeführt; 1=Standard in mind. einem Bereich (Abteilung/Station/ Klinik) eingeführt;
2=Standard in Hälfte aller betroffenen Bereiche eingeführt; 3= Standard in ¾ aller betroffenen Bereiche eingeführt; 4=Standard in
allen betroffenen Bereichen eingeführt.

Wesentliche Nichtkonformitäten bei einer Netzwerk-Zertifizierung mit Akutsomatik und Langzeitpflege

Eine wesentliche Nichtkonformität gemäss Spezialreglement über die Bewertung der Audit-Ergebnisse Artikel 13 liegt vor, wenn

- die Auflagen aus einer untergeordneten Nichtkonformität nicht innert der gesetzten Frist erfüllt werden
- der Standard Grundstandard „Qualitätsmanagement“ und der Standard 51 nicht mindestens in substantiellem Ausmass (C) erfüllt ist
- ein Standard in einem Bereich mit 0 bewertet ist
- die Hälfte der zu bewerteten Standards (einschliesslich des Grundstandards) nicht mit mindestens in substantiellem Ausmass (C) erfüllt sind
- bei der Gesamtbewertung aller Standards bei 10 Standards weniger als insgesamt 25 Punkte gemäss Skala Art. 11.3 erreicht werden.

Eine untergeordnete Nichtkonformität liegt vor, wenn ein fett gedrucktes Bewertungskriterium nicht erfüllt ist.

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.

Gültigkeitsbereiche

Nr.	Standard	CSEB	Ospidal und CCU	Chüra / Spitex
0	Grundstandard Qualitätsmanagement	x		
51	Qualitätsentwicklung	x		
1	Infektionsprävention und Spitalhygiene	x		
61	Infektionsprävention und Hygiene	x		
2	Erhebung von Patientenurteilen		X	
7	Chirurgie		X	
11	Umgang mit kritischen Zwischenfällen	x		
54	Umgang mit kritischen Zwischenfällen	x		
25	Palliative Betreuung	x		
66	Palliative Betreuung	x		
28	Dekubitusprävention und -behandlung	x		
62	Dekubitusprävention und -behandlung	x		
29	Sturzprävention	x		
63	Sturzprävention	x		

Nr.	Standard	CSEB	Ospidal und CCU	Chüra / Spitex
52	Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner			X
53	Pflege und Betreuung			X

Dieser Bericht ist zur Verwendung innerhalb des Unternehmens bestimmt. Vergleiche der Bewertungen mit anderen Unternehmen sind aus methodologischen Gründen nicht möglich.

Die Bewertung im Überblick

Standard	Erst-Zertifizierung 2014	1. Re-Zertifizierung 2018	2. Re-Zertifizierung 2020
Grundstandard Qualitätsmanagement Standard 51: Qualitätsentwicklung	D	D	D
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene Standard 61: Infektionsprävention	D (nur Standard 1)	D (nur Standard 1)	D
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	D	D	D
Standard 5: Schmerzbehandlung	D	D	*
Standard 7: Chirurgie	*	C	B
Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen Standard 54: Kritische Ereignisse	D	D	D
Standard 25: Palliative Betreuung Standard 66: Palliative Betreuung	*	C	D
Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung Standard 62: Dekubitusprävention und -behandlung	D	D	D
Standard 29: Sturzprävention Standard 63: Sturzprävention	D	D	D
Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	D	D	D
Standard 53: Pflege und Betreuung	C	D	D

* der Standard lag am Audit noch nicht bzw. nicht mehr zur Bewertung vor.

Numerisch ausgedrückt² wurden insgesamt 38 Punkte erreicht, bei einem möglichen Maximum von 40 Punkten und einer für die Zertifizierung minimal notwendigen Punktezahl von 25 Punkten.

² A = 1, B = 2, C = 3, D = 4

10 Stärken

- Man spürt das Feuer, die Leidenschaft und das Engagement für die «Qualität» im ganzen CSEB von der Geschäftsleitung bis zu jedem Mitarbeitenden.
- Das Netzwerk CSEB, besser ausgedrückt der „CSEB-Gedanke“ ist bei allen Mitarbeitenden spürbar.
- Trotz Netzwerk können und dürfen sich die einzelnen Institutionen in ihrer eigenen Kultur trotzdem pragmatisch entfalten.
- Das Netzwerk ist von der Bevölkerung getragen und unterstützt (siehe Abstimmungsergebnis).
- Die Kunden-, Bewohner- und Patientenorientierung steht bei allen Tätigkeiten zu den 10 Standards im Vordergrund.
- Eine grosse Innovationskraft geht vom CSEB aus, z.B. CRM, Beekeeper-App, um nur zwei zu erwähnen.
- Diese Innovation zahlt sich in diversen Preisen und Auszeichnungen aus – sie ist aber vor allem zu Gunsten der Kunden, der Bewohner, der Patienten und der Mitarbeitenden.

11 Entwicklungspotenziale

- Im gesamten CSEB werden viele Themen (vielleicht zu viele gleichzeitig) angepackt, erarbeitet, bearbeitet und umgesetzt. Das Auditteam hofft, dass mit einer guten Ressourcen- und Meilensteinplanung, mit Setzen von Prioritäten, etc., die Motivation aller Beteiligten aufrechterhalten werden kann.

(In diesem Zusammenhang will das Auditteam beispielhaft eine noch nicht erwähnte Stärke nennen: der Meilensteinplan im Thema: neues KIS wurde schon zum jetzigen Zeitpunkt deutlich verlängert.)

- Dabei darf aber der vorhandene Pragmatismus im Umgang mit all diesen Themen nicht verloren gehen.
- Schonung von Ressourcen – müssen bei der Grösse dieses Netzwerkes wirklich und immer alle beteiligten Institutionen in den Q-Zirkeln einen Mitarbeitenden stellen?
- Das Auditteam unterstützt das geplante Vorgehen bei der Einbeziehung der Chasa Puntota ins CSEB.
- Das Auditteam unterstützt das Vorgehen zur Implementierung des neuen KIS unter möglichst guter Ausnutzung des riesigen Potenzials.

12 Bearbeitete Standards

12.1 Grundstandard Qualitätsmanagement

Geltungsbereich: Grundstandard: Betriebe Ospidal und Clinica Curativa
Standard 51: Betriebe Spitex und Langzeitpflege

Zirkelleitung: Karin Butz, QB CSEB

Niveau: D

(Erfüllung: Grundstandard 3 Punkte, Standard 51 3 Punkte/ Durchdringung: Grundstandard 4 Punkte, Standard 51 4 Punkte)

Die Elemente des Grundstandards Qualitätsmanagement / Standards 51 Qualitätsentwicklung sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch 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.	<p>1.1 Das Unternehmen verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung.</p> <p>1.2 Prioritäten für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind bestimmt.</p> <p>1.3 Ziele zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen.</p> <p>1.4 Mindestens ein auf die Ziele bezogenes Ergebniskriterium (Indikator, Kennzahl) wird gemessen.</p> <p>1.5 Sind Massnahmen notwendig, werden diese eingeleitet und evaluiert.</p>	Erfüllt	
2. Das Unternehmen überprüft die Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch auf Nutzen und Aufwand.	2.1 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.	<p>3.1 Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, wie es die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität informiert.</p> <p>3.2 Die entsprechenden Informationsinstrumente sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich</p> <p>3.3 Die Mitarbeitenden wissen, wo sie sich über die Arbeit an der Qualität informieren können.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
4. Das Unternehmen hat einen oder mehrere Qualitätsbeauftragte ernannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	<p>4.1 Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden.</p> <p>4.2 Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane</p>	Erfüllt	
5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz.	<p>5.1 Das Unternehmen hat geregelt, in welcher Art Prozesse erfasst und gelenkt werden.</p> <p>5.2 Das Unternehmen sorgt dafür, dass die Prozesseigner ihre Rolle und Verantwortlichkeiten zur Entwicklung, Pflege und Verbesserung der Prozesse wahrnehmen.</p> <p>5.3 Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen.</p>	Erfüllt	<p><u>Hinweis:</u> Das Unternehmen ist jetzt in der Ablösung des PQM durch ein neues DMS. Dabei ist es jetzt nötig, dass von Anfang an die Rollen der Prozesseigner und die Verantwortlichkeiten klar definiert werden und danach die Anwendung überprüft wird. Dies wird sicher ein Thema im Überwachungsaudit 2021 sein.</p>
6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen.	<p>6.1 Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind im Quality Dashboard dargestellt.</p> <p>6.2 Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Kennzahlen und Indikatoren (Ergebniskriterien) und bewertet die sich daraus ergebenden Verbesserungsmaßnahmen.</p> <p>6.3 Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits.</p> <p>6.4 Alle eingegangenen Beschwerden über das Unternehmen und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.</p> <p>6.5 Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen.</p>	Nicht erfüllt	<p><u>Hinweis:</u> Hier ist sicher noch Potenzial vorhanden, z.B. BSC.</p> <p>Feststellung: Zurzeit liegt noch kein eigentlicher Prozess für das Spital dazu vor. Ein Konzept war dem Auditteam nicht zugänglich.</p>

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
7. Die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden für ihre Aufgaben fort- und weitergebildet. Es besteht eine Fort- und Weiterbildungsplanung.	7.1 Ein Fort- und Weiterbildungsplan ist vorhanden. 7.2 Stattgefundene Fort- und Weiterbildungen werden ausgewiesen.	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).	<p>8.1 Die Dokumentation zu den 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.</p> <p>8.2 Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Information über seine Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung. Das Konzept ist von der obersten operativen Führungsebene des Unternehmens verabschiedet.</p> <p>8.3 Nachweise für die Information gegen innen und aussen sind vorhanden.</p> <p>8.4 Jährliche Qualitätsberichte liegen vor.</p>	Erfüllt	

12.2 Standard 51: Qualitätsentwicklung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
<p>1. Das Unternehmen nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahr.</p> <p>Die oberste operative Führungsebene definiert die Qualitätspolitik, setzt Ziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die laufenden Arbeiten an der Qualitätssicherung und -entwicklung.</p> <p>Die Ziele sind auf die Unternehmensstrategie abgestimmt</p>	<p>1.1 Das Unternehmen verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung.</p> <p>1.2 Ziele zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen.</p> <p>1.3 Prioritäten für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind bestimmt.</p> <p>1.4 Mindestens ein auf die Ziele bezogenes Ergebniskriterium (Indikator, Kennzahl) wird gemessen.</p> <p>1.5 Sind Massnahmen notwendig, werden diese eingeleitet und evaluiert.</p>	Erfüllt	
<p>2. Das Unternehmen überprüft die Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch auf Nutzen und Aufwand</p>	<p>2.1 Eine Bewertung von Nutzen und Aufwand wie auch allfällige daraus sich ergebende Empfehlungen zur Verbesserung der Prozesse in der Qualitätssicherung und -entwicklung liegen vor.</p>	Erfüllt	
<p>3. Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität und motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.</p>	<p>3.1 Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, wie es die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität informiert.</p> <p>3.2 Die entsprechenden Informationsinstrumente sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.</p> <p>3.3 Die Mitarbeitenden wissen, wo sie sich über die Arbeit an der Qualität informieren können.</p>	Erfüllt	
<p>4. Das Unternehmen hat einen oder mehrere Qualitätsbeauftragte ernannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sowie Vertretungen sind schriftlich festgehalten und von der zuständigen Stelle im Unternehmen genehmigt.</p>	<p>4.1 Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden und genehmigt.</p> <p>4.2 Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
<p>5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz.</p>	<p>5.1 Die Art und Weise der Darstellung und die Lenkung der Prozesse sind geregelt.</p> <p>5.2 Wichtige Kernprozesse³ des Unternehmens sind definiert und dokumentiert⁴.</p> <p>5.3 Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen</p>	<p>Erfüllt</p>	<p><u>Hinweis:</u> Das Unternehmen ist jetzt in der Ablösung des PQM durch ein neues DMS. Dabei ist es jetzt nötig, dass von Anfang an die Rollen der Prozesseigner und die Verantwortlichkeiten klar definiert werden und danach die Anwendung überprüft wird. Dies wird sicher ein Thema im Überwachungsaudit 2021 sein.</p>
<p>6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen.</p>	<p>6.1 Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind dargestellt.</p> <p>6.2 Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Kennzahlen und Indikatoren (Ergebniskriterien) und setzt die sich daraus ergebenden Verbesserungsmaßnahmen um.</p> <p>6.3 Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits.</p> <p>6.4 Alle eingegangenen Beschwerden über das Unternehmen und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.</p> <p>6.5 Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen.</p> <p>6.6 Die Mitarbeitenden wissen, wie sie zur Verbesserung der Qualität beitragen oder Ideen einbringen können.</p>	<p>Erfüllt</p>	<p><u>Hinweis:</u> Hier ist sicher noch Potenzial vorhanden, z.B. BSC</p>

³ Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode sind mind. drei dokumentierte Kernprozesse vorzulegen.

⁴ Wichtige Prozesse sind beispielsweise: Bewohner Ein- und Austritt (Tod), Pflegeplanung und Dokumentation, Sichere Medikation, Mitarbeitergespräch. Zur Regelung gehört auch die Wahl geeigneter Kennzahlen, die Bewertung der Prozesse nach dem Qualitätszyklus Plan-Do-Check-Act (P-D-C-A)

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
7. Die Qualitäts-beauftragten werden für ihre Aufgaben befähigt resp. die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen in ihre Arbeit eingeführt.	7.1 Die Qualitätsbeauftragten verfügen über die nötigen Fachkompetenzen. 7.2 Nachweise über die Befähigung von betroffenen Mitarbeitenden für Qualitätsarbeit sind vorhanden.	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.	8.1 Die Dokumentation zu den 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. 8.2 Nachweise für die Information über Aktivitäten in der Qualitätsentwicklung gegen innen und aussen sind vorhanden.	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Zu diesen beiden Standards ist festzuhalten, dass das Unternehmen die *Versionen 22/2016 Qualitätsstandards für die Akutsomatik* und die *Version 7/2015, Qualitätsstandard Langzeit* als Grundlage für dieses Re-Zertifizierungsaudit benutzt hat.

Schriftlich abgemacht wurde aber, dass die *Version 23/2019* und *Version 8/2020* als Grundlage für dieses Audit genommen werden.

Im vorangehenden Gespräch mit den Unternehmen und nach Rücksprache mit der Geschäftsstelle SanaCERT Suisse wurde einvernehmlich abgemacht, die aktuellen *Versionen 23/2019 und 8/2020* als Grundlage für dieses Audit zu nehmen.

Das Auditteam attestiert dem CSEB ein ausgezeichnet aufgestelltes Qualitätsmanagementsystem sowohl im Akut- als auch im Langzeitbereich, also im gesamten Netzwerk.

Die neu zum CSEB gehörende Langzeiteinrichtung Chasa Puntota wird wohlüberlegt schrittweise ins gesamte Qualitätsmanagementsystem einbezogen. Ende 2020 wird nochmals eine ISO-Zertifizierung in dieser Einrichtung durchgeführt. Danach, ab 1.1.2021, ist die Chasa Puntota vollumfänglich ins bestehende Qualitätsmanagementsystem des CSEB integriert.

Die ausgesprochene Auflage bedeutet nicht, dass Rückmeldungen, Beschwerden, Lobe nicht bearbeitet würden. Es wurde aber festgestellt, dass vor allem im Akutbereich, das Konzept und daraus folgend ein klarer Prozess noch nicht klar vorhanden ist.

Wie in den Stärken beschrieben, besteht eine hohe Innovationskraft im CSEB. Eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Bereichen und, was wohl am Wichtigsten ist, eine hohe Identifikation aller Mitarbeitenden mit dem CSEB.

Das Auditteam spricht folgende **Auflage** aus:

Standard	Nr.	Feststellung des Auditteams	Auflage	Frist
0	6.4	Zurzeit liegt noch kein eigentlicher Prozess für das Spital dazu vor. Ein Konzept war dem Auditteam nicht zugänglich	Finalisierung eines Konzeptes und daraus folgend Erstellen eines Prozesses. Dies im Sinne des PDCA-Kreislaufes.	Überwachungsaudit 2021

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung**:

- Alles daran setzen die hohe, bestehende Qualitätsstruktur zu erhalten.

12.3 Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Geltungsbereich: Standard 1: CSEB (Akut)
Standard 61: CSEB (Langzeit)

Zirkelleitung: Köllemann Renate, Fachexpertin Infektionsprävention, Hygieneverantwortliche CSEB

Niveau: D

(Erfüllung: Standard 1 4 Punkte, Standard 61 4 Punkte, Durchdringung: Standard 1 4 Punkte, Standard 61 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene / Standard 61 Infektionsprävention sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Standardelement	Kriterien	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen hat die Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene so dokumentiert, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter diese entsprechend ihrer bzw. seiner Funktion nachvollziehen kann.	<p>1.1 Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich.</p> <p>1.2 Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert.</p> <p>1.3 Die Einführung neuer Mitarbeitender findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.</p> <p>1.4 Eine Weiterbildung findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.</p>	Erfüllt	
2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind.	<p>2.1 Ziele für die nächsten 12 Monate sind bestimmt.</p> <p>2.2 Ein konkreter Arbeits- und Zeitplan zur Umsetzung der prioritären Ziele ist vorhanden. Zwischenevaluationen finden statt.</p>	Erfüllt	
3. Die Zielerreichung wird gemessen.	<p>3.1 Eine Erhebung (zum Beispiel der nosokomialen Infekte, der Wundinfekte, mikrobiologische Analysen ausgewählter Stellen, Resistenzstatistik etc.) findet statt.</p> <p>3.2 Die Ergebnisse sind verfügbar.</p> <p>3.3 Schwellenwerte oder gleichwertige SOLL-Vorgaben sind vom zuständigen Gremium festgelegt.</p> <p>3.4 Massnahmen werden (falls notwendig) getroffen.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Fachteam Hygiene ist zuständig für alle operationellen Belange.	4.1 Alle bezüglich Infektionsprävention und Hygiene wichtigen Bereiche des Unternehmens sind vertreten.	Erfüllt	
5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht.	5.1 Ein Fortbildungsplan ist vorhanden. 5.2 Eine spitalexterne Fortbildung ist von mindestens einem Mitglied besucht. 5.3 Ein Fortbildungscontrolling fand statt.	Erfüllt	
6. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen die Institution bei Bedarf.	6.1 Eine kontinuierliche Beratung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt FMH für Infektiologie (fest angestellt oder extern im Auftragsverhältnis) ist gewährleistet.	Erfüllt	

12.4 Standard 61: Infektionsprävention

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über aktuelle Richtlinien zur Infektionsprävention, die so dokumentiert sind, dass alle Mitarbeitenden diese entsprechend ihrer Funktion nachvollziehen können.	1.1 Richtlinien zur Infektionsprävention sind vorhanden und allen Mitarbeitenden zugänglich. 1.2 Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert. 1.3 Die Einführung sowie Befähigung neuer und bestehender Mitarbeitenden zum Thema Infektionsprävention finden regelmässig statt.	Erfüllt	
2. Das Unternehmen stellt sicher, dass es über die erforderlichen Fachkompetenzen zur Infektionsprävention und Hygiene verfügt.	2.1 Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeit zur Infektionsprävention und Hygiene sind geregelt. 2.2 Überprüfungen zur Infektionsprävention und Hygiene liegen vor. 2.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
3. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen das Unternehmen bei Bedarf.	3.1 Eine kontinuierliche Beratung durch eine Fachexpertin für Infektionsprävention (fest angestellt oder extern im Auftragsverhältnis) ist gewährleistet.	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Zu diesen beiden Standards ist festzuhalten, dass das Unternehmen die *Versionen 22/2016 Qualitätsstandards für die Akutsomatik* und die *Version 7/2015, Qualitätsstandard Langzeit* als Grundlage für dieses Re-Zertifizierungsaudit benutzt hat.

Schriftlich abgemacht wurde aber, dass die *Version 23/2019* und *Version 8/2020* als Grundlage für dieses Audit genommen werden.

Im vorangehenden Gespräch mit den Unternehmen und nach Rücksprache mit der Geschäftsstelle SanaCERT Suisse wurde einvernehmlich abgemacht, die aktuellen *Versionen 23/2019 und 8/2020* als Grundlage für dieses Audit zu nehmen.

In diesem Standard steckt eine langjährige Erfahrung.

Die aktuelle Situation mit COVID-19 wurde hervorragend gemeistert.

Eine hohe Fachkompetenz der Hygienebeauftragten und ihre hohe Präsenz im gesamten CSEB sind festzustellen.

Mit Einbezug des Chasa Puntota wird der Aufgabenbereich der Hygienebeauftragten stark erweitert.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Eine wohlüberlegte, grössere Unterstützung durch die externe Fachstelle wäre zu überprüfen.
- Die Erstellung eines Konzeptes und dann die Implementierung von Hygieneaudits sollte prioritär angegangen werden.
- Die Nutzung von Qualitätsindikatoren weiterhin auf Konsistenz und Aussagekraft überprüfen.
- Es ist zu beachten, dass mit dem Einbezug der Chasa Puntota der Aufgabenbereich der Hygienebeauftragten wohl stark erweitert wird und entsprechend das Arbeitspensum kritisch überprüft werden sollte.

12.5 Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Geltungsbereich: OSP/CCU

Niveau: D

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)

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

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch.	<p>1.1 Eine Beschreibung der Ausgangsproblematik („Wozu benötigt das Unternehmen das Urteil seiner Patientinnen und Patienten?“) liegt vor.</p> <p>1.2 Eine Erhebung wurde durchgeführt.</p> <p>1.3 Die Auswertungen wurden den Mitarbeitenden im Unternehmen in geeigneter Form bekannt gemacht.</p> <p>1.4 Die Anonymität der Antworten wurde gewährleistet.</p> <p>1.5 Alle für das Unternehmen relevanten Patientensegmente (z. B. Ambulante, Fremdsprachige, Geriatrie, Langzeitpflege, Kinder) sind berücksichtigt.</p> <p>1.6 Vergleiche mit anderen Spitälern (Benchmarking) wurden vorgenommen.</p>	Erfüllt	
2. Bei dieser Erhebung stehen Elemente im Zentrum, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Unternehmen betreffen.	<p>2.1 Elemente ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen im Zentrum.</p> <p>2.2 Eine Koordination mit den Informationsbedürfnissen der Projektgruppen anderer Standards ist gewährleistet.</p>	Erfüllt	
3. Das Unternehmen macht klar, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand „Befragung von Patienten“ angelegt ist.	<p>3.1 Die Methode der Befragung der Patienten wurde evaluiert.</p> <p>3.2 Die Höhe der Rücklaufquote wurde thematisiert. Falls notwendig, wurden Überlegungen zur Verbesserung der Rücklaufquote angestellt.</p> <p>3.3 Aufwand-/Nutzen-Überlegungen wurden angestellt.</p> <p>3.4 Eine mittelfristige Strategie (ca. 24 Monate) zum Gegenstand „Befragung von Patienten“ ist vorhanden.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können	4.1 Die Ergebnisse der Erhebungen wurden dazu verwendet, Verbesserungsmassnahmen zu konzipieren. 4.2 Massnahmen wurden umgesetzt.	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Seit dem letzten Audit wurde im stationären Bereich das Instrument gewechselt. Jetzt wird mit der Firma meCon Measure & Consult GmbH zusammengearbeitet. Ein Hauptgrund für den Wechsel ist die Möglichkeit eines Benchmarks.

In diesem Standard ist der korrekte Umgang mit dem PDCA-Kreislauf klar ersichtlich.

Die Mitarbeitenden sind so viel als nötig über die Resultate und eventuell getroffenen Massnahmen orientiert.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung**:

- Es ist zu überlegen, wann eine kurzfristige Überprüfungen/Befragung zu den einzelnen Segmenten/Themen nötig wäre, als dies im festgelegten Rhythmus vorgesehen (z.B. Thema: Essen) ist.

12.6 Standard 7: Chirurgie

Geltungsbereich: OSP

Zirkelleitung: Dr. med. C. Bauer, Leitende Ärztin Chirurgie

Niveau: B

(Erfüllung 2 Punkte, Durchdringung 3 Punkte)

Die Elemente des Standards 7 Chirurgie sind zum Zeitpunkt der Bewertung mässig erfüllt

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien.	<p>1.1 Mindestens zu einer bestimmten Diagnose ist eine Guideline bzw. Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden.</p> <p>1.2 Die Guideline bzw. Handlungsrichtlinie ist im Team instruiert und eingeführt worden.</p> <p>1.3 Mindestens eine Evaluation wurde nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden.</p>	Nicht erfüllt	<p><u>Feststellung:</u> Das Arbeiten mit aktuellen Guidelines bzw. Handlungsrichtlinien ist im Aufbau seit Wiederaufnahme dieses Standards in das Standard-Set des CSEB. Es werden noch ältere Guidelines benützt.</p>
2. Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird regelmässig überprüft.	<p>2.1 Zu mindestens einem Thema ist mindestens ein Pflegestandard bzw. eine Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden.</p> <p>2.2 Dieser Pflegestandard (bzw. Handlungsrichtlinie) ist eingeführt und überprüft worden.</p>	Erfüllt	
3. Vor operativen und anderen invasiven Eingriffen werden alle Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken und die verwendete Hilfsmittel informiert.	<p>3.1 Eine Ausbildung von Teammitgliedern in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt.</p> <p>3.2 Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung für ausgewählte häufige Eingriffe verfügbar.</p> <p>3.3 Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, wie verfahren wird, wenn Patienten bzw. Angehörige keine Aufklärung wünschen.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
4. Vor Einleitung der Narkose, vor der ersten chirurgischen Intervention und bevor der Patient bzw. die Patientin den Operationsaal verlässt, überprüft das Team mittels einer Checkliste, was zu einer Gefährdung des Patienten bzw. der Patientin führen könnte.	<p>4.1 Eine Checkliste ist vorhanden.</p> <p>4.2 Die Checkliste ist von der Klinik- bzw. Departementsleitung genehmigt und in Kraft gesetzt worden und wird angewandt.</p> <p>4.3 Die Checkliste ist Gegenstand der Einführung neuer Mitarbeitender und von interprofessionellen Weiterbildungsveranstaltungen des Teams.</p> <p>4.4 Die Verantwortungen für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind eindeutig und schriftlich zugeordnet.</p> <p>4.5 Die Checkliste wird periodisch im Team evaluiert.</p>	Erfüllt	
5. Im Team finden periodische Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend und werden moderiert und protokolliert.	5.1 Protokolle der Besprechungen liegen vor.	Nicht erfüllt	<u>Feststellung:</u> Ein klar strukturiertes Konzept dazu fehlt.
6. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch.	6.1 Messwerte für mindestens zwei Indikatoren über mindestens 12 Monate sind vorhanden, wurden interpretiert und im Team besprochen.	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Die Wiederaufnahme dieses Standards in das Standard-Set des CSEB ist gut überlegt und entspricht einem internen erkannten Bedürfnis.

Die Arbeit an diesem Standard wurde durch COVID-19 stark beeinträchtigt.

Ein Team-Time-Out wird konsequent durchgeführt.

Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten wird konsequent durchgeführt.

Es ist zu beachten, dass obwohl formell kein obligatorisches Kriterium als nicht erfüllt beurteilt werden kann, der Inhalt dieses Standards aber als nur mässig erfüllt bewertet werden kann. Dies wurde im Standardgespräch auch so thematisiert.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

Standard	Nr.	Feststellung des Auditteams	Empfehlung
7	1.2 1.3	Das Arbeiten mit aktuellen Guidelines bzw. Handlungsrichtlinien ist im Aufbau seit Wiederaufnahme dieses Standards in das Standard-Set des CSEB. Es werden noch ältere Guidelines benutzt.	Schulung und Überprüfung im Team. Konsequente Evaluation.
7	5.1	Ein klar strukturiertes Konzept dazu fehlt.	Ein Konzept zur interprofessionellen Besprechung erarbeiten, freigeben und umsetzen.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Zum jetzigen Zeitpunkt eine Priorisierung der anstehenden Arbeiten unbedingt vornehmen.
- Bei der Bearbeitung an die Interprofessionalität denken, z.B. Erarbeitung von interprofessionellen Richtlinien.
- Ebenso sollte die Erarbeitung im gesamten Team der Kaderärzte erfolgen.
- Sich klar werden, welche allgemeine Guidelines und welche speziellen Guidelines für die Klinik erarbeitet werden sollten.

12.7 Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen

Geltungsbereich: Standard 11: CSEB (Akut)
Standard 54: CSEB (Langzeit)

Zirkelleitung: Karin Butz QB CSEB

Niveau: D

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

Die Elemente des Standards 11 Umgang mit kritischen Ereignissen / Standard 54 Kritische Ereignisse sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen beschreibt, was unter einem „kritischen Ereignis“ zu verstehen ist.	1.1 Eine Umschreibung des im Unternehmen verwendeten Begriffs „kritisches Ereignis“ liegt vor.	Erfüllt	
2. Ein Konzept legt fest, wie kritische Ereignisse erfasst und bearbeitet werden. Die angewendeten Meldesysteme und Instrumente werden beschrieben.	<p>2.1 Ein Konzept legt fest, wie kritische Ereignisse erfasst, gemeldet, analysiert und besprochen werden. Die Meldesysteme und Instrumente werden beschrieben. Die Organisation und Verantwortlichkeiten der beteiligten Personen und multiprofessionellen Teams sind definiert. Die oberste operative Entscheidungsinstanz hat das Konzept genehmigt.</p> <p>2.2 Mitarbeitende erhalten die Möglichkeit Verbesserungsmaßnahmen einbringen zu können.</p> <p>2.3 Prozesse zur Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen, sowie deren Wirkungskontrolle sind festgelegt.</p> <p>2.4 Die Kommunikation zu kritischen Ereignissen und Massnahmen ist beschrieben. Dazu findet ein Reporting in den entsprechenden Gremien statt.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
3. Das Konzept ist umgesetzt. Eine Sicherheitskultur wird im Unternehmen gefördert.	3.1 Das Konzept ist umgesetzt. 3.2 Es wird periodisch auf seine Umsetzung, Wirkung und den Anpassungsbedarf überprüft. 3.3 Nachweise der Bearbeitung von kritischen Ereignissen und der Besprechungen liegen vor. 3.4 Mitarbeitende werden regelmässig zum Thema kritische Ereignisse geschult. 3.5 Eine Sicherheitskultur wird im Unternehmen gefördert.	Erfüllt	
4. Verschiedene Kennzahlen werden erhoben, analysiert und falls notwendig Massnahmen daraus abgeleitet.	4.1 Ziele und Kennzahlen werden definiert und im Rahmen des P-D-C-A-Kreislaufs bearbeitet. 4.2 Die Umsetzung von Massnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen wird gemessen. 4.3 Der Wissensstand der Mitarbeitenden und die Teilnahme an den Meldesystemen werden periodisch überprüft.	Erfüllt	<u>Hinweis:</u> Die Wichtigkeit mit dem PDCA-Kreislauf zu arbeiten wurde erkannt. Ein neues Tool angeschafft, implementiert und geschult.

12.8 Standard 54: Kritische Ereignisse

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen beschreibt, was unter einem „kritischen Ereignis“ zu verstehen ist.	1.1 Eine Umschreibung des im Unternehmen verwendeten Begriffs „kritisches Ereignis“ liegt vor.	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
<p>2. Das Unternehmen hat ein Konzept, wie kritische Ereignisse erfasst, gemeldet, analysiert, bearbeitet, und kommuniziert werden.</p> <p>Die angewendeten Meldesysteme und/oder Instrumente werden beschrieben. Die Organisation und Verantwortlichkeiten der beteiligten Personen und multi-professionellen Teams sind definiert.</p> <p>Mitarbeitende erhalten die Möglichkeit Verbesserungsmaßnahmen einbringen zu können.</p>	<p>2.1 Ein entsprechendes Konzept liegt vor. Die oberste operative Entscheidungsinstanz des Unternehmens hat das Konzept genehmigt.</p> <p>2.2 Prozesse zur Analyse, Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen, sowie deren Wirkungskontrolle sind festgelegt.</p> <p>2.3 Die Kommunikation zu kritischen Ereignissen und Massnahmen ist beschrieben. Dazu findet ein Reporting in den entsprechenden Gremien statt.</p>	Erfüllt	
<p>3. Das Konzept ist umgesetzt und wird regelmässig evaluiert. Eine Sicherheitskultur wird im Unternehmen gefördert.</p>	<p>3.1 Das Konzept ist umgesetzt.</p> <p>3.2 Es wird periodisch auf seine Umsetzung, Wirkung und den Anpassungsbedarf überprüft.</p> <p>3.3 Nachweise der Bearbeitung von kritischen Ereignissen und der Besprechungen liegen vor.</p> <p>3.4 Sämtliche Mitarbeitende werden regelmässig zum Thema kritische Ereignisse geschult resp. sensibilisiert. Der Wissensstand der Mitarbeitenden wird periodisch geprüft.</p> <p>3.5 Das Unternehmen zeigt auf, wie es die Sicherheitskultur fördert.</p>	Erfüllt	
<p>4. Ziele und Kennzahlen werden definiert und im Rahmen des P-D-C-A-Kreislaufs bearbeitet.</p>	<p>4.1 Kennzahlen zu kritischen Ereignissen werden erhoben, analysiert und, falls notwendig, Massnahmen daraus abgeleitet.</p> <p>4.2 Die Nutzung Teilnahme der Meldesysteme wird periodisch überprüft.</p> <p>4.3 Die Umsetzung von Massnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen wird gemessen.</p>	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Zu diesen beiden Standards ist festzuhalten, dass das Unternehmen die *Versionen 22/2016 Qualitätsstandards für die Akutsomatik* und die *Version 7/2015, Qualitätsstandard Langzeit* als Grundlage für dieses Re-Zertifizierungsaudit benutzt hat.

Schriftlich abgemacht wurde aber, dass die *Version 23/2019* und *Version 8/2020* als Grundlage für dieses Audit genommen werden.

Im vorangehenden Gespräch mit den Unternehmen und nach Rücksprache mit der Geschäftsstelle SanaCERT Suisse wurde einvernehmlich abgemacht, die aktuellen *Versionen 23/2019 und 8/2020* als Grundlage für dieses Audit zu nehmen.

Das Problem mit dem Schliessen des PDCA-Kreislaufes wurde erkannt und mit dem neuen Management-Tool gut gelöst und auch schon gut umgesetzt.

Die Fehler-/Lernkultur wird von der Geschäftsleitung stark gefördert, somit liegt eine gute Verankerung im gesamten Netzwerk vor.

Als Konsequenz aus den eingegangenen Meldungen zum Thema: Medikation wurden Schulungen durchgeführt.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Überdenken wie der "wellenförmigen" Meldefreudigkeit mit geeigneten Massnahmen noch besser entgegengewirkt werden könnte.
- Es ist zu überlegen, wie nicht medizinische Mitarbeitende noch besser in dieses System einbezogen werden könnten.

12.9 Standard 25: Palliative Betreuung

Geltungsbereich: Standard 25: OSP
Standard 66: Betrieb in Chüra Stationär und Spitex

Zirkelleitung: Berta Prevost, Fachverantwortung Pflege CSEB

Niveau: D

(Erfüllung: Standard 25 4 Punkte, Standard 66 4 Punkte, Durchdringung: Standard 25 4 Punkte, Standard 66 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 25 Palliative Betreuung / Standards 66 Palliative Betreuung sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfangreich erfüllt.

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird	<p>1.1 Ein Entscheidungsprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt.</p> <p>1.2 Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt.</p>	Erfüllt	
2. Das Unternehmen 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.	<p>2.1 Ein Konzept zur palliativen Betreuung ist vorhanden</p> <p>2.2 Das Konzept ist umgesetzt.</p> <p>2.3 Handlungsleitlinien sind vorhanden.</p> <p>2.4 Diese sind umgesetzt.</p>	Erfüllt	
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.	<p>3.1 Das Team wendet Messinstrumente zur Symptombewertung und zur Einschätzung der Lebensqualität an.</p> <p>3.2 Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben und ausgewertet.</p>	Erfüllt	
4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben.	<p>4.1 Der Umgang mit Patientenerklärungen (Patientenvollmacht) ist geregelt.</p> <p>4.2 Es ist geregelt, unter welchen Bedingungen Angehörige in die Information einbezogen werden.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
<p>5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt.</p>	<p>5.1 Die Zuständigkeiten sind geregelt. 5.2 Es besteht eine Zusammenarbeit mit unternehmensexternen Stellen. 5.3 Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert. 5.4 Das Zusammenwirken im Betreuungsnetz wird periodisch evaluiert.</p>	<p>Erfüllt</p>	
<p>6. Das interprofessionelle Betreuungsteam ist in Palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ausgebildet. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.</p>	<p>6.1 Es besteht ein Fort- und Weiterbildungskonzept. 6.2 Nachweise über besuchte Fort- und Weiterbildungen sind vorhanden. 6.3 Teamsitzungen finden unter kompetenter Anleitung statt und werden evaluiert.</p>	<p>Erfüllt</p>	

12.10 Standard 66: Palliative Betreuung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird.	1.1 Ein Entscheidungsprozess für palliative Betreuung ist festgelegt.⁵ 1.2 Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt.	Erfüllt	
2. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden.	2.1 Ein Konzept ist vorhanden.⁶ 2.2 Das Konzept ist umgesetzt. 2.3 Handlungsleitlinien sind vorhanden und umgesetzt. ⁷	Erfüllt	
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.	3.1 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.	4.1 Die Zuständigkeiten sind geregelt. 4.2 Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert.	Erfüllt	

⁵ Der Entscheidungsprozess 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 unserem Unternehmen?");
- eine Beschreibung des Leistungsangebots „Palliative Betreuung“ des Unternehmens;
- eine Beschreibung, durch wen welche Leistungen erbracht werden;
- eine Situierung des Unternehmens 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/>.

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
5. Mitglieder des betreuenden Teams haben Zusatzausbildungen in diesem Feld besucht. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.	5.1 Es bestehen Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepte sowohl für das betreuende Team als auch für weitere Mitarbeitende der Einrichtung. 5.2 Die fachliche und psychologische Begleitung der betreuenden Teams ist gewährleistet.	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Das Auditteam ist beeindruckt von der Qualität der palliativen Betreuung der Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Kundinnen und Kunden im CSEB.

Bei der Re-Zertifizierung 2018 wurde dieser Standard erstmals ausgewiesen und bereits mit einem C bewertet. In den letzten 2 Jahren wurde nochmals ein grosser Schritt durch eine vorbildliche interprofessionelle, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Qualitätszirkel erreicht. Dieser grosse Schritt wurde aber auch bei allen betroffenen Mitarbeitenden umgesetzt.

Vorbildlich wurde die Thematik Palliative Betreuung in die aktuellen COVID-19 Zeit einbezogen.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Wie bereits durch den Qualitätszirkel aufgegleist, die schrittweise Umsetzung eines Konzeptes in der Chasa Puntota anstreben.

12.11 Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung

Geltungsbereich: Standard 28: CSEB (Akut)
Standard 62: CSEB (Langzeit)

Zirkelleitung: C. Colcuc, dipl. Pflegefachfrau

Niveau: D

(Erfüllung: Standard 28 4 Punkte, Standard 62 4 Punkte, Durchdringung: Standard 28 4 Punkte, Standard 62 4 Punkte)

Die Elemente des Standards 28/62 Dekubitusprävention sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
<p>1. Jede Patientin und jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Dekubitusgefährdung vorliegt.</p> <p>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.</p>	<p>1.1 Richtlinien zur Beurteilung der Dekubitusgefährdung sind vorhanden.</p> <p>1.2 Die Richtlinien sind instruiert. 1.3 Aktuelle, systematische Einschätzungen der Dekubitusgefährdung liegen vor.</p>	Erfüllt	
<p>2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.</p>	<p>2.1 Die Patientinnen und Patienten sind informiert und instruiert. 2.2 Ergebnisse von Überprüfungen des Kenntnisstandes bei den Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden liegen vor.</p>	Erfüllt	<u>Bemerkung:</u> Eine neue Broschüre wurde erstellt.
<p>3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, Behandlung und Verlauf werden dokumentiert. Prävention und Therapie orientieren sich an den für das Unternehmen verbindlichen Handlungsrichtlinien.</p>	<p>3.1 Die durchgeführten präventiven Massnahmen sind dokumentiert. 3.2 Handlungsrichtlinien für die Prävention, Erkennung und Therapie des Dekubitus sind verfügbar. 3.3 Diese sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden angewendet. Die Anwendung wird überprüft.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegendende sind in der Lage, das Dekubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Prävention und Therapie des Dekubitus und kennen ihre Kompetenzen.	4.1 Weiterbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.	Erfüllt	
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden gemeinsam beurteilt.	5.1 Ein Datenerfassungs-Formular wird angewendet und ausgewertet. Die Erfassung wird auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. 5.2 Die Ergebnisse werden beurteilt. Protokolle der Besprechungen liegen vor. 5.3 Falls notwendig werden Verbesserungsmassnahmen eingeleitet.	Erfüllt	

12.12 Standard 62: Dekubitusprävention und -behandlung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner wird bedarfsgerecht darauf hin beurteilt, ob eine Dekubitusgefährdung vorliegt.	1.1 Richtlinien zur Beurteilung der Dekubitusgefährdung sind vorhanden. 1.2 Die Richtlinien sind implementiert. 1.3 Die Beurteilung der Dekubitusgefährdung findet im Rahmen des Eintrittsassessments statt und wird in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderung der Mobilität, der Aktivität und des Druckes wiederholt.	Erfüllt	
2. Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.	2.1 Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige sind über die Dekubitusgefährdung und entsprechende Massnahmen informiert 2.2 Es werden Erinnerungshilfen zur Dekubitusprävention angeboten.	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
3. Prävention und Therapie orientieren sich an für das Unternehmen verbindlichen Handlungsrichtlinien. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, deren Behandlung und Verlauf werden dokumentiert.	<p>3.1 Handlungsrichtlinien für die Prävention, Erkennung, Therapie und Dokumentation des Dekubitus sind verfügbar.</p> <p>3.2 Die Anwendung dieser Richtlinien durch die Mitarbeitenden wird überprüft.</p> <p>3.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p> <p>3.4 Die durchgeführten Massnahmen zur Prävention bzw. Therapie werden im Bewohnendossier dokumentiert.</p>	Erfüllt	
4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden sind in der Lage, das Dekubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Prävention und Therapie von Dekubitus und kennen ihre Kompetenzen.	<p>4.1 Das Unternehmen stellt sicher, dass es über die erforderlichen Fachkompetenzen verfügt. Die Mitarbeitenden werden für ihre diesbezüglichen Aufgaben befähigt.</p> <p>4.2 Nachweise über die Fachkompetenzen und die Befähigung sind vorhanden.</p>	Erfüllt	
5. Die Wirksamkeit der Dekubitusprävention und -behandlung wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch im interprofessionellen Team ⁸ gemeinsam beurteilt.	<p>5.1 Die Methode zur Datenerfassung ist definiert und wird angewendet. Die Erfassung wird auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.</p> <p>5.2 Die Ergebnisse werden analysiert und beurteilt. Protokolle der Besprechungen liegen vor.</p> <p>5.3 Falls notwendig werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.</p>	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Zu diesen beiden Standards ist festzuhalten, dass das Unternehmen die *Versionen 22/2016 Qualitätsstandards für die Akutsomatik* und die *Version 7/2015, Qualitätsstandard Langzeit* als Grundlage für dieses Re-Zertifizierungsaudit benutzt hat.

Schriftlich abgemacht wurde aber, dass die *Version 23/2019* und *Version 8/2020* als Grundlage für dieses Audit genommen werden.

Im vorangehenden Gespräch mit den Unternehmen und nach Rücksprache mit der Geschäftsstelle SanaCERT Suisse wurde einvernehmlich abgemacht, die aktuellen *Versionen 23/2019 und 8/2020* als Grundlage für dieses Audit zu nehmen.

⁸ Je nach dem Skill-mix: Arzt/Ärztin, Pflege, Ernährung, Physio

Dieser schon lange mit D bewertete Standard wurde mit einer grossen, bewusst durchgeführten Effizienz wo nötig weiterentwickelt.

Neben Anpassungen in der Dokumentation (Phönix) wurde ein Hauptaugenmerk auf die Schulung der betroffenen Mitarbeitenden gelegt.

Wie selbstverständlich wird von allen Institutionen des Netzwerkes die fachliche Kompetenz der drei Wundexpertinnen beigezogen und auch geschätzt.

12.13 Standard 29: Sturzprävention

Geltungsbereich: Standard 29: CSEB (Akut)
Standard 63: CSEB (Langzeit)

Zirkelleitung: Marianne Sägesser, PDL OSP

Niveau: D

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

Die Elemente des Standards 29/63 Sturzprävention sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch 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.	<p>1.1 Das Konzept zur Sturzprävention liegt vor.</p> <p>1.2 Das Konzept wird umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.</p> <p>1.3 Die Massnahmen zur Sturzprävention werden dokumentiert.</p> <p>1.4 Anzeichen von Sturzangst werden aufmerksam beobachtet und thematisiert.</p> <p>1.5 Angebote zum Mobilitätstraining (Gleichgewichtsübungen, Gehtraining, Kraftübungen) sind vorhanden.</p>	Erfüllt	
2. Das Konzept regelt, ob und wie ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird	<p>2.1 Die Sturzrisiko-Beurteilung wird in den ersten Tagen nach Eintritt vorgenommen.</p> <p>2.2 In den Patientendokumentationen ist festgehalten, wann die nächste Beurteilung fällig wird.</p> <p>2.3 Die Patientendokumentationen der gefährdeten Personen sind speziell gekennzeichnet.</p> <p>2.4 Zielgerichtete Massnahmen werden abgeleitet.</p>	Erfüllt	
3. Das Unternehmen erfasst mittels Sturzprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	<p>3.1 Vollständige Sturzprotokolle mit Angaben zu allfälligen Folgen liegen vor.</p> <p>3.2 Die Protokolle dienen der Auswertung individueller Sturzmuster einzelner Patientinnen und Patienten und der beeinflussenden Faktoren.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
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.	<p>4.1 Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert.</p> <p>4.2 Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige werden einbezogen.</p>	Erfüllt	
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt.	<p>5.1 Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert.</p> <p>5.2 Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert.</p> <p>5.3 Interdisziplinäre Auswertungs-sitzungen finden statt. Konsequenzen werden gezogen, Massnahmen zur allfälligen Verbesserung werden ergriffen.</p>	Erfüllt	

12.14 Standard 63: Sturzprävention

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Sturzprävention. Dieses regelt, wie mit sturzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern umgegangen wird und wie Stürze und Sturzverletzungen vermieden werden können.	<p>1.1 Das Konzept zur Sturzprävention liegt vor.</p> <p>1.2 Das Konzept wird umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.</p> <p>1.3 Die Massnahmen werden dokumentiert.</p> <p>1.4 Anzeichen von Sturzangst werden aufmerksam beobachtet und thematisiert.</p> <p>1.5 Angebote für mobilitätsfördernde Massnahmen (Gleichgewichtsübungen, Gehtraining, Kraftübungen etc.) sind vorhanden.</p>	Erfüllt	
2. Das Konzept regelt, ob, wie und in welchen Situationen ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.	<p>2.1 Die Sturzrisiko-Beurteilung wird in den ersten Tagen nach Eintritt erstmals vorgenommen und regelmässig wiederholt.</p> <p>2.2 Zielgerichtete Massnahmen werden abgeleitet.</p> <p>2.3 Betroffene und (falls vom Betroffenen gewünscht) ihre Angehörigen werden informiert.</p> <p>2.4 Die Pflegedokumentationen der gefährdeten Personen sind speziell gekennzeichnet.</p>	Erfüllt	

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
3. Die Mitarbeitenden erfassen mittels Sturzereignisprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	3.1 Bearbeitete Sturzereignisprotokolle liegen vor. 3.2 Spätfolgen werden nachgetragen. 3.3 Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert. 3.4 Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert.	Erfüllt	<u>Hinweis:</u>
4. Fortbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.	4.1 Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert.	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Sturzprävention und Sturzvermeidung wird im gesamten CSEB grossgeschrieben.

Dabei werden zu Recht die verschiedenen Ausgangslagen der einzelnen Bereiche thematisiert und auch akzeptiert (z.B. Spitex).

Soviel wie nötig und so wenig wie irgendwie möglich ist ein Hauptfokus im Umgang mit diesem Thema.

Die Angehörigen sind situationsgerecht einbezogen.

Auch dieser Standard wurde effizient weiterentwickelt.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen:**

- Die schwierige Thematik: *Spätfolgen werden nachgetragen*, mit einem besonderen Augenmerk betrachten.
- Zu den Bewegungseinschränkenden Massnahmen (BEM): Ein Protokoll ist vorhanden. Es ist zu überprüfen, ob im Entscheidungsprozess und in der Überprüfung der Massnahmen nicht noch Lücken vorhanden sind.

12.15 Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Geltungsbereich: CPD

Zirkelleitung: Rebecca Hansmann, Direktorin Betriebe Chûra

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.

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über ein Dokument, das die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Bezugspersonen erläutert.	<p>1.1 Das Dokument wird jedem Bewohner und jeder Bewohnerin beim Eintritt in das Unternehmen abgegeben.</p> <p>1.2 Neu eintretende Mitarbeitende werden in die Rechte eingeführt.</p>	Erfüllt	
2. Pflege und Betreuung respektieren die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner.	<p>2.1 Die Mitarbeitenden ermitteln und erkennen, welche Art der Privatsphäre die Bewohnerin bzw. der Bewohner wünscht.</p> <p>2.2 Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.</p>	Erfüllt	
3. Das Unternehmen 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.	<p>3.1 Das Unternehmen informiert Bewohnerinnen und Bewohner und die vertretungsberechtigte Person über ihr Recht, bei Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen mitzubestimmen.</p>	Erfüllt	
4. Die Mitarbeitenden sind befähigt, mit der Ablehnung von Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen durch Bewohnerinnen und Bewohner umzugehen.	<p>4.1 Handlungsanweisungen bzw. Richtlinien sind den Mitarbeitenden bekannt.⁹</p> <p>4.2 Das Thema wird in Teamsitzungen, Fortbildungen oder Fallbesprechungen behandelt.</p> <p>4.3 Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.</p>	Erfüllt	

⁹ Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode muss dieses Schlüsselkriterium noch nicht erfüllt werden

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
5. Der Umgang mit Patientenerklärungen und Patientenvollmachten ist geregelt.	5.1 Die Bewohnerdokumentation enthält Hinweise auf Patientenverfügungen und/oder auf ein zum Thema stattgefundenes Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner.	Erfüllt	
6. Das Unternehmen verfügt über eine Grundsatzklärung zur Frage des selbstbestimmten Sterbens (Beihilfe zum Suizid, „Freitodbegleitung“).	6.1 Die Grundsatzklärung ist den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen bzw. vertretungsberechtigten Personen bekannt. ¹⁰	Erfüllt	
7. Das Unternehmen unterstützt das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf respektvolle und mitfühlende Behandlung und Betreuung am Lebensende.	7.1 Die besonderen Bedürfnisse sterbender Bewohnerinnen und Bewohner werden innerhalb des Unternehmens anerkannt, dokumentiert und respektiert.	Erfüllt	

Kommentar zur aktuellen Bewertung

In diesem Standard hat es einen Wechsel in der Standardverantwortlichkeit gegeben. Die neue Direktorin Betriebe Chüra hat diese von ihrer Vorgängerin übernommen, was die Bedeutung des Inhaltes dieses Standards führt die Langzeiteinrichtungen des CSEB unterstreicht.

Seit 2014 ist dieser Standard mit der Höchstnote bewertet. Trotzdem werden die Mitarbeitenden repetitiv zu den Inhalten geschult, um dieses Niveau zu halten.

Für die Mitarbeitenden der Spitex ist ihre besondere Situation mit den Rechten ihrer Klientinnen und Klienten im Alltag voll bewusst. Die manchmal schwierigen Situationen werden im Team besprochen und gemeinsame Lösungen gesucht.

¹⁰ Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn das Unternehmen nachweist, dass sie Bewohnerinnen und Bewohner und/oder Angehörige in konkreten Bedarfsfällen einheitlich orientiert.

12.16 Standard 53: Pflege und Betreuung

Geltungsbereich: CPD

Zirkelleitung: Bertha Prevost, Fachverantwortliche Pflege CPW

Niveau: D

(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4x Punkte)

Die Elemente des Standards 53 Pflege und Betreuung sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)	Erfüllt – nicht erfüllt	Was zur Erfüllung noch fehlt
1. Für jede Bewohnerin und für jeden Bewohner wird eine individuelle Pflegeprozessplanung vorgenommen und umgesetzt.	<p>1.1 Im Unternehmen wird regelmässig kontrolliert, ob das Instrument der Pflegebedarfeinstufung¹¹ korrekt und fristgerecht angewendet wird.</p> <p>1.2 Nachweise über diese Kontrollen sind vorhanden.</p> <p>1.3 Die Erkenntnisse aus der Pflegebedarfeinstufung werden innert vereinbarter Frist in Form von Zielvereinbarungen und Massnahmen in die Pflegeprozessplanung umgesetzt.</p> <p>1.4 Im Unternehmen wird regelmässig kontrolliert, ob die Pflegeprozessplanung aktuell ist.</p>	Erfüllt	
2. Pflegende arbeiten mit Pflegestandards und Handlungsanweisungen.	<p>2.1 Pflegestandards und Handlungsanweisungen sind allen Mitarbeitenden im Bereich Pflege und Betreuung zugänglich.</p> <p>2.2 Diese sind instruiert und umgesetzt.¹²</p> <p>2.3 Pflegestandards und Handlungsanweisungen werden innert vereinbarter Fristen überprüft und evaluiert.</p>	Erfüllt	

¹¹ BESA, RAI-NH, PLAISIR oder ähnliches Instrument zur Pflegebedarfsabklärung und -einstufung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung.

¹² Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode muss dieses Schlüsselkriterium noch nicht erfüllt werden.

Kommentar zur aktuellen Bewertung

Der Standard 53 Pflege und Betreuung ist die Kernkompetenz der Pflegenden in den Langzeiteinrichtungen.

Die Mitglieder des Qualitätszirkels nutzen konsequent den PDCA-Kreislauf als Basis ihrer Arbeit. Dies führte zu mehreren Massnahmen, welche umgesetzt und überprüft wurden.

Hervorzuheben ist die regelmässige Wissensprüfung mittels Fragebogen.

Dass man sich nicht auf der Maximalbewertung ausruht, zeigen die vielen Zielsetzungen für die beiden nächsten Jahre. Um einige Punkte zu erwähnen:

- Erarbeitung eines Angehörigen-Konzepts
- Erarbeitung eines Demenz-Konzepts
- Erarbeitung eines Ernährungs-Konzepts

Ein weiterer Punkt, welcher den Q-Zirkel stark in Anspruch, nimmt ist die Einführung des unternehmensweiten neuen KIS und die Einführung eines neuen Dokumentenablagensystems.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen**:

- Auch hier ist, wie schon angedacht, der Einbezug der Chasa Puntota in die Chüra-Betriebe mit grosser Umsicht durchzuführen, um die bewährte Kultur und nötige Identifikation zu erhalten.
- Es ist bereits jetzt ein Augenmerk auf die kommende Umsetzung der geforderten Nationalen Qualitätsindikatoren zu legen.

13 Auflagen und Empfehlungen

13.1 Auflage

Eine Auflage wird dem Spital auferlegt, wenn ein Schlüsselkriterium nicht erfüllt ist. Bevor der Antrag an die Zertifizierungskommission erfolgen kann, muss das Unternehmen einen Plan mit den Korrekturen und Korrekturmassnahmen vorlegen, der vom Auditteam bewertet und angenommen werden muss. Die Auflage muss anschliessend innerhalb der vereinbarten Frist erfüllt werden, sonst verliert das Zertifikat die Gültigkeit.

Standard	Nr.	Feststellung des Auditteams	Auflage	Frist
0/51	6.4/6.4	Zurzeit liegt noch kein eigentlicher Prozess für das Spital dazu vor. Ein Konzept war dem Auditteam nicht zugänglich.	Finalisierung eines Konzeptes und daraus folgend Erstellen eines Prozesses. Dies im Sinne des PDCA-Kreislaufes.	Überwachungsaudit 2021

13.2 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	Nr.	Feststellung des Auditteams	Empfehlung
7	I.	1.2/1.3 Das Arbeiten mit aktuellen Guidelines bzw. Handlungsrichtlinien ist im Aufbau seit Wiederaufnahme dieses Standards in das Standard-Set des CSEB. Es werden noch ältere Guidelines benützt.	Schulung und Überprüfung im Team. Konsequente Evaluation.
7	II.	5.1 Ein klar strukturiertes Konzept dazu fehlt.	Ein Konzept zur interprofessionellen Besprechung erarbeiten, freigeben und umsetzen.

14 Ungelöste Aspekte

Keine

15 Antrag und Dank

Antrag auf Zertifizierung

Gestützt auf die Ergebnisse des Re-Zertifizierungsaudits vom 26. und 27. August 2020 stellt das Auditteam der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

1. Das Qualitätsmanagement des CSEB Netzwerk ist für 3 Jahre zu zertifizieren.
2. Voraussetzung für die Gültigkeit der Zertifizierung ist die fristgerechte Erfüllung der 1 Auflage.
3. Die Aussagen in diesem Bericht sind zu unterstützen.
4. Die regulären Überwachungsaudits sind fristgerecht durchzuführen.

Dank

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

16 Anhang

16.1 Liste der vom Unternehmen eingereichten Unterlagen zur Auditvorbereitung

1. Qualitätsmanagement allgemein
 - 1.1. Leistungsvereinbarungen
 - 1.1.1. Spitalliste Akutsomatik Juli 2020
 - 1.1.2. Spitalliste Rehabilitation Juli 2020
 - 1.1.3. Leistungsvereinbarung mit den Gemeinden Unterengadin Chüra ambulant und stationär
 - 1.2.
 - 1.2.1. Leitbild CSEB
 - 1.3. Berichte
 - 1.3.1. Jahresbericht CSEB 2019
 - 1.4. Organigramm
 - 1.4.1. Organigramm CSEB
 - 1.4.2. Organigramm OSP
 - 1.4.3. Organigramm CCU
 - 1.4.4. Organigramm CPB
 - 1.4.5. Organigramm CSEB Dienste
 - 1.5. Statistischer Überblick
 - 1.5.1. Statistischer Überblick Monatsbericht 05/20
 - 1.5.2. Monatsbericht 05/20 Codierung
 - 1.6. Broschüren
 - 1.6.1. CSEB
 - 1.6.2. OSP
 - 1.6.3. CCU onkologisch
 - 1.6.4. CCU psychosomatisch
 - 1.6.5. CCU integrativer Hüft- und Kniegelenkersatz
 - 1.6.6. CPB Pflege und Betreuung
2. Qualitätspolitik und –Konzept der Einrichtung
 - 2.1. Organigramm Stabsdienst Qualitätsmanagement
 - 2.2. QM-Organisation, Q-Kommission
 - 2.3. QM-Organisation, Q-Kernteam
 - 2.4. Meilensteine
 - 2.5. Standardauswahl
 - 2.6. Vorgehen zur Selbstbewertung
 - 2.7. Zirkel im Überblick, Bewertung
 - 2.8. Zirkel personelle Besetzung
3. Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51 Qualitätsentwicklung
 - 3.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 3.2. Selbstbewertungsbericht
 - 3.3. Messpläne CSEB (Dashboard Deckblatt)
 - 3.4. Stellenbeschreibung Qualitätsbeauftragte
 - 3.5. Stellenbeschreibung Stv. Qualitätsbeauftragte
 - 3.6. Weiterbildungskonzept ((Fort- und Weiterbildung)

- 3.7. Liste amtlicher Kontrollen CSEB
- 4. Standard 1 und Standard 61 Infektionsprävention und Spitalhygiene
 - 4.1. Projektbeschreibung/-Auftrag
 - 4.2. Selbstbewertungsbericht
 - 4.3. Stellenbeschreibung Hygieneverantwortliche
- 5. Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen
 - 5.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 5.2. Selbstbewertungsbericht
 - 5.3. Konzept Patientenerhebungen
- 6. Standard 7 Chirurgie
 - 6.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 6.2. Selbstbewertungsbericht
- 7. Standard 11 / 54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen
 - 7.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 7.2. Selbstbewertungsbericht
 - 7.3. Konzept Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- 8. Standard 25 / 66 Palliative Betreuung
 - 8.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 8.2. Selbstbewertungsbericht
 - 8.3. Protokoll Standard 25/66
 - 8.4. Konzept Palliative Care
 - 8.5. Protokoll April 2019
 - 8.6. Protokoll Juli 2019
 - 8.7. Protokoll Dezember 2019
 - 8.8. Protokoll März 2020
 - 8.9. Protokoll Juni 2020
- 9. Standard 28 / 62 Dekubitusvermeidung und Pflege
 - 9.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 9.2. Selbstbewertungsbericht Standard 28
 - 9.3. Selbstbewertungsbericht Standard 62
 - 9.4. Dashboard Standard 28
 - 9.5. Statistik Standard 62
 - 9.6. Standortgespräch CHP
 - 9.7. Info MA Standard 28 Statistik (Mail)
- 10. Standard 29 / 63 Sturzvermeidung
 - 10.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 10.2. Selbstbewertungsbericht Standard 29
 - 10.3. Selbstbewertungsbericht Standard 63
 - 10.4. Quality Dashboard Standard 63 Chuera stationär
 - 10.5. Quality Dashboard Standard 63 Spitex
 - 10.6. Konzept Sturzvermeidung
 - 10.7. Massnahmen zur Sturzprävention
 - 10.8. 10.8 Evaluation März 2020
 - 10.9. 10.9 Evaluation Juni 2020
 - 10.10. Protokoll
- 11. Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner
 - 11.1. Projektbeschreibung/-auftrag
 - 11.2. Selbstbewertungsbericht

- 11.3. Standard Gewalt
- 11.4. Pflegeleitbild Chüra stationär
- 11.5. Ablauf mit Gewaltereignissen
- 11.6. Konzept Umgang mit Gewaltereignissen
- 11.7. Merkblatt Formen der Gewalt Chüra
- 11.8. Formular Erfassung und Evaluation von Gewaltereignissen
- 11.9. 2020 Evaluation CHL
- 11.10. 2020 Lösungen Refresher QM Rechte der Bewohner
- 11.11. Protokoll
- 12. Standard 53 Pflege und Betreuung
- 12.1. Projektbeschreibung/-auftrag
- 12.2. Selbstbewertungsbericht

16.2 Liste der vom Unternehmen vorgelegten Unterlagen am Audittag

Grundstandard	Direktions-Info ab 2019 Jahresbericht CSEB 2019 Anteil Weiterbildungskosten an Personalkosten 2019 Fluktuation Mehrjahresstatistik 2009-2019 Fluktuationsrate 2018 Fluktuationsrate 2019 Traktanden & Protokoll Sitzung Qualitätskommission 11.03.2020 Präsentation Einführung DMS (Dokumentenmanagementsystem) Aktenplan (KIS) Traktanden & Protokoll Sitzung Grundstandard 11.03.2020 Massnahmenplan Audit Patientensicherheit 2019 Q-Kernteam / Zirkelleitersitzung CIRS und Konsorten Projektordner DMS roXtra
Standard 1 / 61	Elektronische Dokumente im PQM Hygienekonzept Covid-19 Schutzkonzept und Richtlinien Wäschekonzept Langzeitpflege Hygienekonzept Wohnen und Kochen in den Pflegegruppen Hygienerichtlinien Spitex Teilnehmerlisten und Schulungsunterlagen Spitex, Langzeitpflege, Pflege, Ärzte Protokolle Sitzungen Hygienekommission MRE Richtlinien Adjustierte Infektionsrate Hernien 2016 - 2018
Standard 2	Tarifverträge: (I:CSEB/Vertragswesen/4-Tarifverträge) Patientenbefragung stationär 2020 Praxisbefragung 2016-2020
Standard 7	OP-Reglement Checkliste Präoperative Massnahmen Pflegerichtlinie Haarkürzung / Haarentfernung Checkliste Hüft-Total-Prothese Checkliste Knie-Total-Prothese und Teilprothese

	Checkliste Radiusfraktur
	Checkliste Appendizitis
	Perioperative Sicherheitscheckliste
	Nachbehandlungsrichtlinie für traumatisch-orthopädische Eingriffe
	Richtlinie Leichte traumatische Hirnverletzung Ärzte
	Richtlinie Leichte traumatische Hirnverletzung Pflege
	Kompartementüberwachung
	Schulungsnachweis Kompartementüberwachung
	Protokolle Sitzungen 08.11.2019 / 02.12.2019
	Auswertung AQC 2019
	Swiss Noso Auswertung 2018
Standard 11 / 54	Projektordner CIRS intrafox
Standard 25 / 66	Protokolle Zirkelsitzungen 2019/20
	Statistik ESAS und Auswertungen 2019
	Präsentationen Schulungen Palliative Care
Standard 28	Keine zusätzlichen Dokumente
Standard 29	Ablauf Sturzrisiko
	Protokoll Zirkelsitzung 15.05.2020
	Evaluation 27.02.2019 / 24.06.2019 / 11.10.2019 / 06.03.2020 / 16.06.2020
Standard 52	Konzept Umgang mit Gewaltereignissen
	Pflegeleitbild Chüra stationär
	Standard Gewalt
	Formen der Gewalt
	Umgang mit Gewaltereignissen
	Erfassung und Evaluation von Gewaltereignissen
	Protokoll Zirkelsitzung 27.05.2020
	Evaluationsbericht Rechte Chüra Lischana
	Fragebogen Refresher Standard52
Standard 53	
(Separater Ordner)	Berichte de Evaluationen
	Wissenstest
Standard 62	
(Separater Ordner)	Flyer Informationen zur Dekubitusprävention
	Statistik Chüra stationär und Spitex 2018 / 2019
	Protokolle Evaluationen, Berichte, Auswertungen Wissensprüfung
	Dekubitus-Risiko-Einschätzung (Formular KIS)
Standard 63	
(Separater Ordner)	Flyer Informationen zur Sturzvermeidung
	Dashboard Sturz Chüra stationär und Spitex 2018 / 2019
	Protokolle Evaluationen, Berichte, Auswertungen Wissensprüfung
	Sturzstatistik (Formular KIS)