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 Scuol

(CSEB)

Bericht zum

## Re-Zertifizierungsaudit 2023

vom 9./10. November 2023
(+ 21.11.2023)

Auditoren (Peers) Madeleine Holenstein
Sandra Lambroia Groux
Thomas Wernli
Prof. em. Dr. med. Heinz Zimmermann

Leitender Auditor Dr. med. Peter Ueberschlag

Bern, 21.12.2023

Auftrag Nr. AH 2023.13.03

# 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 ..... 8
7 Das Auditprogramm ..... 9
8 Die Begehungen ..... 12
9 Die Bewertung ..... 18
10 Stärken ..... 23
11 Entwicklungspotenziale ..... 23
12 Bearbeitete Standards ..... 24
**12.1 Grundstandard Qualitätsmanagement ..... 24**
**12.2 Standard 51: Qualitätsentwicklung ..... 27**
**12.3 Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene ..... 31**
**12.4 Standard 61: Infektionsprävention ..... 32**
**12.5 Standard 7: Chirurgie ..... 34**
**12.6 Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen ..... 37**
**12.7 Standard 54: Kritische Ereignisse ..... 38**
**12.8 Standard 25: Palliative Betreuung ..... 41**
**12.9 Standard 66: Palliative Betreuung ..... 42**
**12.10 Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung ..... 45**
**12.11 Standard 32: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz ..... 48**
**12.12 Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz ..... 49**
**12.13 Standard 33 Feedbackmanagement ..... 52**
**12.14 Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner ..... 55**
**12.15 Standard 53: Pflege und Betreuung ..... 58**
13 Auflagen und Empfehlungen ..... 60
**13.1 Auflagen ..... 60**
**13.2 Empfehlungen ..... 60**
14 Ungelöste Aspekte ..... 61
15 Antrag und Dank ..... 62
16 Anhang ..... 63
**16.1 Liste der vom Unternehmen eingereichten Unterlagen zur Auditvorbereitung ..... 63**
**16.2 Liste der vom Unternehmen vorgelegten Unterlagen am Audittag ..... 65**

# 1 Zusammenfassung

Das Qualitätsmanagement des CSEB wurde 2014 erstmals von SanaCERT Suisse zertifiziert. Re-Zertifizierungen erfolgten 2018 und 2020.

Im Rahmen des externen Audits 2023 überprüften vier Experten (Peers) am 09./10.11.2023 zehn Qualitätsstandards: Grundstandard Qualitätsmanagement – Infektionsprävention und Spitalhygiene – Chirurgie – Umgang mit kritischen Ereignissen – Palliative Betreuung – Dekubitusprävention und -behandlung – Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz – Feedbackmanagement – Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner – Pflege und Betreuung.

Grundlage der Bewertung bildeten die „Normative Grundlage für die Zertifizierung in Akutspitäler, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung der Stiftung SanaCERT Suisse, Version 24/2021" und die „Normative Grundlage für die Zertifizierung in Langzeitpflegeeinrichtungen, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung der Stiftung SanaCERT Suisse, Version 8.1/2021". Die Stiftung SanaCERT Suisse ist gemäss ISO EN 17021-1:2015 für die Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen von Spitälern und Einrichtungen der Langzeitpflege eidgenössisch akkreditiert.

**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 keine Auflage sowie 8 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 zehn 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 Begehung), Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen und die Analyse ausgewählter Patientendokumentationen 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 26 Auditorentage.

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** | Scuol: Akutspital, Rehabilitationsklinik, Pflegeheim Chüra Lischana, Pflegeheim Chasa Puntota, Zernez: Pflegegruppe Röven, Samnaun: Pflegegruppe Chalamandrin<br><br>Spitex | |
| **Organisation (Rechtsform)** | Stiftung «Center da sandà Engiadina Bassa» | |
| **Oberste Führungsorgane** | Stiftungsrat I Vorstand I Geschäftsleitung | |
| **Region (Einzugsgebiet)** | Unterengadin | |
| **Dienstleistungen** | Akutspital, Rettungsdienst, Rehabilitationsklinik, zwei Pflegeheime, zwei Pflegegruppen, Spitex, Beratungsstelle | |
| **Anzahl Patienten/Bewohnende** | Akut: 1'415<br>Langzeit: 90 (Stand: 31.12.2022)<br>Spitex: 20 | 30 Betten /CCU 12<br><br>110 Betten |
| **Anzahl Mitarbeitende** | 450 | |
| **Umsatz** | CHF 36 Millionen | |
| **Zertifizierung SanaCERT Suisse** | Unternehmen (als NW) zertifiziert seit: 2014<br>2. Re-Zertifizierung 2020 | |

**Wichtige Änderungen, die das Managementsystem des Kunden seit dem letzten durchgeführten Audit beeinträchtigen:**

Keine

# 4 Normative Grundlagen

Die Zertifizierung stützt sich auf folgende Grundlagen:

- EN ISO/IEC 17021-1:2015, Konformitätsbewertung - Anforderungen an Stellen, die Managementsysteme auditieren und zertifizieren[1]
- Reglementarische Grundlagen zum Zertifizierungsverfahren, Version 22, in Kraft ab 1. Januar 2022
- Stiftung SanaCERT Suisse, Normative Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung:
  - Normative Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung für die Akutsomatik V24/2021
  - Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 24/2021
  - Normative Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in Langzeitpflegeeinrichtungen V8.1/2021
  - Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 8.1/2021

[1] 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 2026).

# 5 Auditteam

Das Auditteam setzte sich folgendermassen zusammen:

| | |
|---|---|
| Peer Medizin: | Prof. em. Dr. med. Heinz Zimmermann, Thun; Facharzt Chirurgie / Consultant Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern |
| Peer Pflege: | Madeleine Holenstein, Schaffhausen; Kantonsspital Schaffhausen: Pflegeexpertin HöFa II |
| Peer Pflege Langzeit: | Thomas Wernli, Windisch; SanaCERT Suisse: Freier Mitarbeiter; ehem. Direktor pflegimuri, Muri AG |
| Peer Verwaltung: | Sandra Lambroia Groux, Huttwil; Stiftung Lebensart: Leiterin Region Bärau, ehem. Direktorin Kantonsspital Olten |
| Leitender Auditor: | Dr. med. Peter Ueberschlag, St.Gallen; SanaCERT Suisse: Freier Mitarbeiter |

# 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

| Donnerstag, 9. November 2023 | |
|---|---|
| 10.30 – 13.00 | Vorbereitungssitzung des Audit-Teams: Treffen beim Empfang Chasa Puntota um 10.25 |
| 13.00 – 13.15 | **Eröffnungsgespräch:** Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitung Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits (Beginn Audit)<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Joachim Koppenberg, Spitaldirektor; Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chüra; Agnes Leu, Direktorin Clinica Curativa; Walter Klötzli, Direktor Dienste; Sarah Peer, QB CSEB; Marianne Florinett, QB CSEB |
| 13.15 – 14.15 | **Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51 Qualitätsentwicklung**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Joachim Koppenberg, Spitaldirektor; Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chüra; Aldo Sala, PDL OSP und MTTB; Sarah Peer, QB CSEB; Marianne Florinett, QB CSEB |
| 14.15 - 14.30 | Pause |
| 14.30 – 15.00 | **Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene/61 Infektionsprävention und Hygiene**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Renate Köllemann, Hygieneverantwortliche CSEB; Rebecca Landolt, Leitende Ärztin Medizin; Anita Noggler, Stv. Hygieneverantwortliche CSEB (Chüra) |
| 15.00 – 15.30 | **Standard 7 Chirurgie**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Alexander Kerber, Chefarzt Chirurgie; Sigrid Scheper, OP-Pflege |
| 15.30 – 16.00 | **Standard 32/65 Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Marek Nemec, Chefarzt Medizin; Jacob Hackl, Stationsleiter OSP; Petra Menghin, dipl. Pflegefachfrau Chasa Puntota; Karin Primisser, Bereichsleiterin Spitex; Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chüra |
| 16.00 – 16.15 | Pause |
| 16.15 – 16.45 | **Standard 25/66 Palliative Betreuung**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Christian Grabner, Leiter Pflegeheim Chüra Lischana; Hannes Graf, Co-Chefarzt Clinica Curativa; Ruth Lingg; dipl. Pflegefachfrau OSP |
| 16.45 – 17.15 | **Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Sabrina Stecher, dipl. Pflegefachfrau OSP; Rebecca Landolt, Leitende Ärztin Medizin |
| 17.15 – 17.30 | Pause |
| 17.30 – 18.00 | **Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen/54 Kritische Ereignisse**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Sarah Peer, QB CSEB; Uwe Höllrigl, LPD CPB; Marlies Thanei, Stv. Bereichsleitung OPS; Marianne Florinett, QB CSEB |
| 18.00 – 18.30 | **Standard 33 Feedbackmanagement**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Marianne Florinett, QB CSEB; Jacqueline Oesch, Leiterin Sek. Clinica Curativa und Komplementärtherapie; Aldo Sala, PDL OSP und MTTB |
| 18.30 – 19.30 | Beratung des Audit-Teams und Vorbereiten der Begehung |

| | |
|---|---|
| 19.30 | Das Audit-Team verlässt die CPO nach Abgabe des Begehungsplans. |

| **Freitag, 10. November 2023** | | | |
|---|---|---|---|
| 07.45 | Eintreffen des Audit-Teams im CPO | | |
| 08.00 – 08.25 | **Standard 52 Rechte der Bewohnenden**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Jana Lassuthova, Bereichsleiterin PG Zernez; Sylvia Parth, Leitung Beratungsstelle Chüra | | |
| 08.25 – 08.50 | **Standard 53 Pflege und Betreuung**<br>**Teilnehmende des CSEBs:** Uwe Höllrigl, LPD CPB; Anita Noggler, Hygiene-Verantwortliche CPB | | |
| 08.50 – 09.00 | Pause | | |
| 09.00 – 09.30 | Beratung des Audit-Teams über die Begehung | | |
| 09.30 – 12.15 | **Begehungen** (gemäss separatem Plan)<br>Begehung: Besuche und Gespräche auf den Stationen, Ergänzungen, Patientendossiers - Stichproben, Gespräche mit weiteren Auskunftspersonen | | |
| | Team 1 | Team 2 | *Team 3* |
| | 9.30 – 12.15<br>Ospidal und Clinica Curativa, Chasa Puntota | 9.30 – 10.30 Spitex<br>*Transfer Scuol – Zernez 30 Min*<br>11.00 – 11.45 Röven Zernez<br>*Transfer Zernez – Scuol 30 Min* | 9.30 – 10.20 Chüra Lischana<br>*Transfer Scuol - Samnaun 40 Min*<br>11.00 – 11.30 Chalamandrin<br>*Transfer Samnaun - Scuol 40 Min* |
| 12.15 – 13.00 | Mittagsverpflegung | | |

| Dienstag, 21. November 2023 | |
|---|---|
| 12.25 | Treffen beim Empfang Chasa Puntota |
| 12.30 – 15.00 | Bewertung (Auditteam allein) |
| 15.00 – 15.15 | Pause |
| 15.15 – 15.45 | **Schlussgespräch**: Abschliessende Zusammenkunft mit der Geschäftsleitung, dem Kader und Mitarbeitenden zur Information über Bewertung durch das Auditteam<br>**Teilnehmende**<br>**Mitglieder der Geschäftsleitung:** Joachim Koppenberg, Rebekka Hansmann, Agnes Leu, Walter Klötzli und Mitglieder der Standardgruppen<br>(Ort: Chasa Puntota Sala Polivalenta) |
| 15.45 | Ende des Audits |

Das Audit konnte **nicht** plangemäss durchgeführt werden. Es kam zu folgender Abweichung:

Auf Grund eines plötzlichen Ausfalls eines Mitglieds des Auditteams wurde nach einstimmigem Beschluss im restlichen Auditteam und nach dem klaren Einverständnis zum Unterbrechen des Re-Zertifizierungs-Audit durch den CEO und die Qualitätsbeauftragte des CSEB das Re-Zertifizierungs-Audit unterbrochen.

Am 21.11.2023 wurde das Re-Zertifizierungs-Audit gemäss obenstehendem Programm mit dem kompletten Auditteam weitergeführt und beendet.

# 8 Die Begehungen

**Team 1**

Auditor: Madeleine Holenstein
Begleitperson: Madlaina Hauser

| Zeit | Ort | Auskunftspersonen | Themen | Dokumentationen, Unterlagen |
|---|---|---|---|---|
| 9.40<br><br>45’ | 2. Stock Akut | 1 Dipl. Pflegefachperson<br>1 Assistenzpersonal Pflege<br>1 Assistenzarzt Medizin | 0/51;1/61;11/54;25/66;28;32/65;33 | PC-Zugang: Intranet |
| 10.15<br><br>15’ | Hauswirtschaft | 1 Mitarbeiterin Reinigung | 0/51;1/61;11/54;25/66;32/65;33 | PC-Zugang: Intranet |
| 10.30<br><br>20’ | Gynäkologie | 1 Hebamme | 0/51;1/61;11/54;28;33 | PC-Zugang: Intranet |
| 10.50<br><br>60’ | CCU | 1 Dipl. Pflegefachperson<br>1 FaGe Pflegefachperson<br>1 Leitende Ärztin<br>1 Physiotherapeutin | 0/51;1/61;11/54;25/66;28;32/65;33 | PC-Zugang: Intranet |

Eingesehen: insgesamt 7 Krankengeschichten

0/51 = Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung
1/61 = Spitalhygiene und Infektionsprävention/Infektionsprävention und Hygiene
7 = Chirurgie
11/54 = Umgang mit kritischen Ereignissen/Kritische Ereignisse
25/66 = Palliative Betreuung/Palliative Betreuung
28 = Dekubitusprävention und -behandlung
32/65 = Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz
33 = Feedbackmanagement
52 = Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner
53 = Pflege und Betreuung

**Team 2**

Auditor: Heinz Zimmermann
Begleitperson: Marianne Florinett

| Zeit | Ort | Auskunftspersonen | Themen | Dokumentationen, Unterlagen |
|---|---|---|---|---|
| 9.40<br><br>40’ | Notfall | 1 Rettungssanitäter HF<br><br>1 Assistenzarzt Chirurgie | 0/51;1/61;11/54;25/66;28;32/65;33 | PC-Zugang: Intranet |
| 10.25<br><br>10’ | Küche | 1 Koch | 0/51;1/61;7;11/54;25/66;28;32/65;33 | PC-Zugang: Intranet |
| 10.40<br><br>40’ | OPS | 1 Anästhesist<br><br>1 OP-Pflege | 0/51;1/61;7;11/54;28;33 | PC-Zugang: Intranet |
| 11.30<br><br>40’ | 1. Stock<br><br>Akut | 1 Dipl. Pflegefachperson | 0/51;1/61;7;11/54;25/66;28;32/65;33 | PC-Zugang: Intranet |

Eingesehen: insgesamt 0 Krankengeschichten

**Team 3**

**Auditorin**: Sandra Lambroia Groux
Begleitperson und Fahrerin: Sylvia Parth

| Zeit | Ort | Auskunftspersonen | Themen | Dokumentationen, Unterlagen |
|---|---|---|---|---|
| 9:30 - 10:15 | Spitex | 1 Stv. Leitung | 0/51;1/61;11/54; 25/66;32/65;33;52; 53 | PC-Zugang: Intranet |
| 10:15 - 10:45 | Transfer | | | |
| 10:45 - 11:15 | Röven Zernez | 1 Dipl. Pflegefachperson<br>1 FaGe | 0/51;1/61;11/54;25/66;32/65;33;52;53 | PC-Zugang: Intranet |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11:15<br>-<br>11:35 | Röven<br>Zernez | 1 Assistenzpersonal Pflege<br>1 Mitarbeiterin Reinigung | 0/51;1/61;11/54;<br>25/66;32/65;33;5<br>2;53 | PC-Zugang:<br>Intranet |
| 11:35<br>-<br>12:10 | Transfer | | | |

Eingesehen: insgesamt 3 Klienten-Dossier; 3 Bewohner-Dossier

**Team 4**

**Auditor:** Thomas Wernli
Begleitperson: Renate Köllemann

| Zeit | Ort | Auskunftspersonen | Themen | Dokumentationen, Unterlagen |
|---|---|---|---|---|
| 9:30<br><br>45’ | Arnica<br><br>Enziana | 1 Dipl. Pflegefachperson<br><br>1 Assistenzpersonal Pflege | 0/51;1/61;11/54;25/66;32/65;33;52;53 | PC-Zugang: Intranet |
| 10:15<br><br>45’ | Grusaida<br><br>Alvetern | 1 FaGe Pflegefachperson | 0/51;1/61;11/54;25/66;32/65;33;52;53 | PC-Zugang: Intranet |
| 11:00<br><br>30’ | Aktivierung | 1 Ltg Aktivierung | 0/51;1/61;11/54;25/66;32/65;33;52;53 | PC-Zugang: Intranet |
| 11:30<br><br>30 | Hauswirtschaft | 1 Mitarbeiterin Reinigung | 0/51;1/61;11/54;25/66;32/65;33;52;53 | PC-Zugang: Intranet |
| Evtl.<br>12:30<br><br>15’ | Küche CPO | 1 Leiter Küche CPO | 0/51;1/61;11/54;25/66;32/65;33;52;53 | PC-Zugang: Intranet |

Eingesehen: insgesamt 8 Bewohner-Dossier

**Team 5**

**«Auditor»:** Peter Ueberschlag
Begleitung und Fahrerin: Sarah Peer

| Zeit | Ort | Auskunfts-personen | Themen | Dokumenta-tionen, Unter-lagen |
|---|---|---|---|---|
| 9:30<br>-<br>10:20 | Transfer | | | |
| 10:20<br>-<br>11:25 | Samnaun | 1 Dipl. Pflegefachperson<br>1 Assistenzpersonal Pflege<br>1 Mitarbeiterin Reinigung | 0/51;1/61;11/54; 25/66;32/65;33; 52;53 | PC-Zugang: Intranet |
| 11:25<br>-<br>12:15 | Transfer | | | |

Eingesehen: insgesamt 3 Bewohner-Dossier

# 9 Die Bewertung

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

Sowohl Erfüllung und Durchdringung werden mit Punkten[2] 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 substanziellem 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.

**Regeln für die Bewertung der Auditergebnisse im Netzwerk**

Anlässlich des Audits im CSEB vom 09./10.11.2023 werden insgesamt 10 Standards überprüft (vgl. Tabelle).

Gruppe I) 5 Standards gelten sowohl für den Akutbereich wie für den Bereich Langzeitpflege (Standards 0(Grundstandard)/51, 1/61, 11/54, 25/66, 32/66).

Gruppe II) 3 Standards gelten nur für den Akutbereich (Standards 7, 28, 33).

Gruppe III) 2 Standards gelten nur für den Langzeitbereich (Standards 52, 53)

[2] **Erfüllung:** 0=Konzepte, Beschlüsse, Visionen, Abklärungen; 1=Projektgruppe in Arbeit. Konkrete Planung zur Einführung vorhanden.; 2=Standard eingeführt, Mitarbeitende instruiert; 3=Messung regelmässig durchgeführt und analysiert, Verbesserungsmassnahmen 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.

**Beurteilung der Konformität**

Grundlage für die Beurteilung der Konformität mit der Norm sind die Bewertungskriterien der Manuale für die Selbst- und Fremdbewertung im Kapitel 4.

Gruppe I) Für die 5 Standards, die sowohl für den Akutbereich wie für den Bereich Langzeitpflege überprüft werden, gelten die Bewertungskriterien der entsprechenden Normen gemäss Kapitel 4.

Gruppe II) Für die 3 Standards, die nur für den Akutbereich überprüft werden, gelten die Bewertungskriterien der Norm für die Akutsomatik.

Gruppe III) Für die 2 Standards, die nur im Bereich Langzeitpflege überprüft werden, gelten die Bewertungskriterien der Norm für den Bereich Langzeitpflege.

**Bewertung der Auditergebnisse**

Gruppe I) Für die 5 Standards wird eine Bewertung pro Standard, nach dem Grad der Erfüllung und Durchdringung der Standards 0/51, 1/61, 11/54, 25/66, 32/65 abgegeben.

Gruppe II) Für die 3 Standards wird eine Bewertung pro Standard, nach Grad der Erfüllung und Durchdringung der Standards 7, 28, 33 abgegeben.

Gruppe III) Für die 2 Standards wird eine Bewertung pro Standard, nach Grad der Erfüllung und Durchdringung der Standards 52, 53 abgegeben.

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

**Voraussetzung für die Zertifizierung**

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

## Gültigkeitsbereiche

| Nr. | Standard | Gruppe I | Gruppe II | Gruppe III |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 0 | Grundstandard Qualitätsmanagement | x | | |
| 51 | Qualitätsentwicklung | x | | |
| | | | | |
| 1 | Infektionsprävention und Spitalhygiene | x | | |
| 61 | Infektionsprävention und Hygiene | x | | |
| | | | | |
| 7 | Chirurgie | | x | |
| | | | | |
| 11 | Umgang mit kritischen Ereignissen | x | | |
| 54 | Kritische Ereignisse | x | | |
| | | | | |
| 25 | Palliative Betreuung | x | | |
| 66 | Palliative Betreuung | x | | |
| | | | | |
| 28 | Dekubitusprävention und -behandlung | | x | |
| | | | | |
| 32 | Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz | x | | |
| 65 | Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz | x | | |
| | | | | |
| 33 | Feedbackmanagement | | x | |
| | | | | |
| 52 | Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner | | | x |
| | | | | |
| 53 | Pflege und Betreuung | | | x |
| | Total | 5 | 3 | 2 |

Akutsomatik / Langzeitpflege

**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 | 3. Re-Zertifizierung 2023 |
|---|---|---|---|---|
| **Grundstandard Qualitätsmanagement**<br>**Standard 51: Qualitätsentwicklung** | **D** | **D** | **D** | **D** |
| **Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene**<br>**Standard 61: Infektionsprävention** | **D** (nur Standard 1) | **D** (nur Standard 1) | **D** | **D** |
| **Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen** | **D** | **D** | **D** | * |
| **Standard 5: Schmerzbehandlung** | **D** | **D** | * | * |
| **Standard 7: Chirurgie** | * | **C** | **B** | **C** |
| **Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen**<br>**Standard 54: Kritische Ereignisse** | **D** | **D** | **D** | **D** |
| **Standard 25: Palliative Betreuung**<br>**Standard 66: Palliative Betreuung** | * | **C** | **D** | **D** |
| **Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung**<br>**Standard 62: Dekubitusprävention und -behandlung** | **D** | **D** | **D** | **D (nur Standard 28)** |
| **Standard 29: Sturzprävention**<br>**Standard 63: Sturzprävention** | **D** | **D** | **D** | * |
| **Standard 32: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz**<br>**Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz** | * | * | * | **C** |
| **Standard 33: Feedbackmanagement** | * | * | * | **D** |
| **Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner** | **D** | **D** | **D** | **D** |
| **Standard 53: Pflege und Betreuung** | **C** | **D** | **D** | **D** |

| | | |
|---|---|---|
| * der Standard lag am Audit noch nicht bzw. nicht mehr zur Bewertung vor.<br>Numerisch ausgedrückt[3] wurden insgesamt 38 Punkte erreicht, bei einem möglichen Maximum von 40 Punkten und einer für die Zertifizierung minimal notwendigen Punktezahl von 25 Punkten. | | |

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

# 10 Stärken

- Der umfassende Zentrumsgedanke beim Kader und auch bei allen Mitarbeitenden.
- Für die Bevölkerung ist die integrierte Versorgung spür- und fassbar.
- Die regelmässigen Treffen mit den Hausärzten. Eine breite Themenvielfalt wird besprochen (= Win-Win-Situation).
- Schnelle Reaktionen/kurze Wege bei «Abweichungen» (z.B. Operationssaal: schnelle, interprofessionelle Analyse und Einleiten einer Verbesserungsmassnahme).
- Kultur: es wird Wert auf ein «Miteinander» gelegt.
- Chasa Puntota: jetzt ein Teil der Chüra-Betriebe – ein Gefühl von «es war schon lange so».

# 11 Entwicklungspotenziale

- Die bereits vorhandene gute Qualität des Selbstbewertungsberichtes könnte durch das Eingehen auf die Anforderungen der einzelnen Kriterien-Punkte der Standards nochmals erhöht werden.
- Bei den Internen Audits könnte, soweit sinnvoll, durch die Beurteilung der einzelnen Kriterien-Punkte der Standards der Mehrwert noch erhöht werden.
- Die durchlaufenen PDCA-Kreisläufe gut aufzeigen.
- Ziele: die Anwendung der Methodik «SMART» implizit und explizit festhalten.

# 12 Bearbeitete Standards

## 12.1 Grundstandard Qualitätsmanagement

Gültigkeitsbereich: Grundstandard: Ospedal und Clinica Curativa
Standard 51: Langzeitbereich und Spitex

Leitung: Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin CPB

**Niveau: D**

**(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)**

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

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

| Standardelement | Kriterien<br>(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. | 4.1 Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden.<br>4.2 Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane | Erfüllt | |
| 5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz. | **5.1 Das Unternehmen hat geregelt, in welcher Art Prozesse erfasst und gelenkt werden.**<br>5.2 Das Unternehmen sorgt dafür, dass die Prozesseigner ihre Rolle und Verantwortlichkeiten zur Entwicklung, Pflege und Verbesserung der Prozesse wahrnehmen.<br>5.3 Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen. | Erfüllt | |
| 6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen. | 6.1 Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind im Quality Dashboard dargestellt.<br>6.2 Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Kennzahlen und Indikatoren (Ergebniskriterien) und bewertet die sich daraus ergebenen Verbesserungsmassnahmen.<br>6.3 Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits.<br>**6.4 Alle eingegangenen Beschwerden über das Unternehmen und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen wer-den dokumentiert.**<br>6.5 Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmassnahmen. | Erfüllt | |
| 7. Die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen wer-den für ihre Aufgaben fort- und weitergebildet. Es besteht eine Fort- und Weiterbildungs-planung. | 7.1 Ein Fort- und Weiterbildungsplan ist vorhanden.<br>7.2 Stattgefundene Fort- und Weiterbildungen werden ausgewiesen. | Erfüllt | |

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 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). | **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.**<br>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.<br>8.3 Nachweise für die Information gegen innen und aussen sind vorhanden.<br>8.4 Jährliche Qualitätsberichte liegen vor. | Erfüllt | Feststellung:<br>ad 8.2<br>Ein eigentliches Konzept dazu ist nicht vorhanden. Die Mitarbeitenden sind aber gut über die Anstrengung zur Qualitätsentwicklung informiert (z.B. Mitarbeiter App *Beekeeper*). |

## 12.2 Standard 51: Qualitätsentwicklung

| **Standardelement** | **Kriterien**<br>**(fett Schlüsselkriterien)** | Erfüllt – nicht erfüllt | **Was zur Erfüllung noch fehlt** |
|---|---|---|---|
| 1. Das Unternehmen nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahr.<br><br>Die oberste operative Führungsebene definiert die Qualitätspolitik, setzt Ziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die laufenden Arbeiten an der Qualitätssicherung und -entwicklung.<br><br>Die Ziele sind auf die Unternehmensstrategie abgestimmt | **1.1 Das Unternehmen verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung.**<br>**1.2 Ziele zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen.**<br>**1.3 Prioritäten für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind bestimmt.**<br>1.4 Mindestens ein auf die Ziele bezogenes Ergebniskriterium (Indikator, Kennzahl) wird gemessen.<br>1.5 Sind Massnahmen notwendig, werden diese eingeleitet und evaluiert. | 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. | **3.1 Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, wie es die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität informiert.**<br>3.2 Die entsprechenden Informationsinstrumente sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.<br>3.3 Die Mitarbeitenden wissen, wo sie sich über die Arbeit an der Qualität informieren können. | Erfüllt | |
| 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. | 4.1 Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden und genehmigt.<br>4.2 Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane. | Erfüllt | |

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz. | 5.1 Die Art und Weise der Darstellung und die Lenkung der Prozesse sind geregelt.<br>**5.2 Wichtige Kernprozesse[4] des Unternehmens sind definiert und dokumentiert[5].**<br>5.3 Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen | Erfüllt | |
| 6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen. | 6.1 Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind dargestellt.<br>6.2 Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Kennzahlen und Indikatoren (Ergebniskriterien) und setzt die sich daraus ergebenen Verbesserungsmassnahmen um.<br>6.3 Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits.<br>**6.4 Alle eingegangenen Beschwerden über das Unternehmen und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.**<br>6.5 Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmassnahmen.<br>6.6 Die Mitarbeitenden wissen, wie sie zur Verbesserung der Qualität beitragen oder Ideen einbringen können. | Erfüllt | |
| 7. Die Qualitäts-beauftragten werden für ihre Aufgaben befähigt resp. die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen in ihre Arbeit eingeführt. | 7.1 Die Qualitätsbeauftragen verfügen über die nötigen Fachkompetenzen.<br>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.**<br>8.2 Nachweise für die Information über Aktivitäten in der Qualitätsentwicklung gegen innen und aussen sind vorhanden. | Erfüllt | |

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

[5] 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)

**Kommentar zur aktuellen Bewertung**

Die einzelnen Institutionen des Netzwerkes sind klein bis mittelgross – das gesamte Netzwerk CSEB ist aber gross.
Die einzelnen Befestigungspunkte des Netzwerkes sind Ospidal/Clinica Curativa = akut Chüra mit Gruppa da Chüra Röven/Pflegegruppe Chalamandrin/Pflegeheim Chüra Lischana/ Pflegeheim Chasa Puntota/Spitex = Langzeit.

Seit dem letzten Re-Zertifizierungsaudit ist es gelungen – unterstützt durch die strategische Ebene – die Befestigungspunkte des «Netzes» (= Netzwerk) zu verstärken, die einzelnen Fäden des «Netzes» zu «verstärken», deren Schnittstellen auszubauen -> kurzum alle Mitarbeitenden im Netzwerk fühlen sich dem CSEB dazu gehörend.

Es ist hervorzuheben und zu betonen, dass die einzelnen «Befestigungspunkte» trotzdem ihre Eigenständigkeit, zum Teil auch ihre eigene Kultur, erhalten haben.

Jedes einzelne GL-Mitglied strebt in seiner Tätigkeit die Verbundenheit zwischen den einzelnen «Befestigungspunkten», d.h. zwischen den Akut- und Langzeitstandards, zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und zwischen den verschiedenen regionalen Standorten an. Das gesamte Netzwerk ist dabei immer klar im Fokus.

Den GL-Mitgliedern, den verschiedenen Kadern aller Bereiche, den Standardverantwortlichen, aber auch allen Mitarbeitenden ist klar, dass ein Riss oder eine Schwäche der einzelnen Fäden das ganze Netzwerk gefährden kann.

Der Netzwerk-Gedanke wird auch von den beiden QB's des CSEB durch ihre problemlose Zusammenarbeit, trotz verschiedener Aufgabenbereiche, unterstützt und gefördert.

Die erfolgte Bewertung der Erfüllung und der Durchdringung kann durch einzelne beispielhafte Punkte unterstrichen werden:

- Integration der Chasa Puntota
- Das IT-Tool *roXtra* ist gut etabliert und für alle Mitarbeitende ein tägliches Arbeitsinstrument
- Beekeeper App
- Interne Audits mit klaren Regelungen mit einem 3-jahres Zyklus
- Gute, weitsichtig geplante Ablösung von Schlüsselpersonen

Vorbildlich ist, dass die «Qualität» in den verschiedenen Institutionen, in den verschiedenen Bereichen und in den verschiedenen Themen «Chefsache» ist.
So erhalten zum Beispiel Mitarbeitende, welche hauptsächlich in der Nachtschicht eingesetzt sind, gezielt die Q-Informationen und werden auch in die Schulungen eingeplant.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlung** aus:

| Nr. | Standard | Feststellung des Auditteams | Empfehlung |
|---|---|---|---|
| I. | **0** | ad 8.2<br>Ein eigentliches Konzept dazu ist nicht vorhanden. Die Mitarbeitenden sind aber gut über die Anstrengung zur Qualitätsentwicklung informiert (z.B. Mitarbeiter App *Beekeeper*). | Erstellen eines pragmatisch kurzen Konzeptes dazu. |

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Der Prozess zum Umgang mit Zielen, im Sinne des PDCA-Kreislaufs, konsistenter etablieren.

## 12.3 Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Gültigkeitsbereich: Standard 1: CSEB Akutsomatik (Gruppe I)
Standard 61: CSEB Langzeitpflege (Gruppe I)

Leitung: Renate Köllemann

**Niveau: D**
**(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)**

**Die Elemente des Standards 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene / Standards 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. | **1.1 Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich.**<br>1.2 Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert.<br>1.3 Die Einführung neuer Mitarbeitender findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.<br>1.4 Eine Weiterbildung findet regelmässig statt und wird immer evaluiert. | Erfüllt | |
| 2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind. | **2.1 Ziele für die nächsten 12 Monate sind bestimmt.**<br>2.2 Ein konkreter Arbeits- und Zeitplan zur Umsetzung der prioritären Ziele ist vorhanden. Zwischenevaluationen finden statt. | Erfüllt | Hinweis**:**<br>ad 2.2 der Arbeits- und Zeitplan könnte noch konkreter ausgebaut werden**.** |
| 3. Die Zielerreichung wird gemessen. | 3.1 Eine Erhebung (zum Beispiel der nosokomialen Infekte, der Wundinfekte, mikrobiologische Analysen ausgewählter Stellen, Resistenzstatistik etc.) findet statt.<br>3.2 Die Ergebnisse sind verfügbar.<br>3.3 Schwellenwerte oder gleichwertige SOLL-Vorgaben sind vom zuständigen Gremium festgelegt.<br>3.4 Massnahmen werden (falls notwendig) getroffen. | Erfüllt | |
| 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.<br>5.2 Eine spitalexterne Fortbildung ist von mindestens einem Mitglied besucht.<br>5.3 Ein Fortbildungscontrolling fand statt. | Erfüllt | |

| Standardelement | Kriterien | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 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<br>(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.**<br>1.2 Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert.<br>**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.<br>2.2 Überprüfungen zur Infektionsprävention und Hygiene liegen vor.<br>2.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert. | Erfüllt | |
| 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**

Im Selbstbewertungsbericht ist beschrieben:

*… «Ziel der hygienischen Massnahmen ist die Vermeidung von Infektionen.*
*Dieses Ziel im Sinne des PDCA-Kreislaufs und der Wirksamkeit/Wirtschaftlichkeit immer wieder überprüfen.*
*Dazu gehören Erhebungen, Auswertungen und Massnahmen, sowohl im Akut- als auch im gesamten Langzeitbereich.» …*

Das Risiko der HealthCare assoziierten Infektionen (HAI) ist allen Mitarbeitenden funktions- und stufengerecht bekannt. Dies wird durch konsequente Schulungen und durch die Internen Audits erreicht.

Das oben genannte Ziel wird durch die im ganzen CSEB gut bekannte Hygienefachfrau erreicht. Der «Hygiene» für alle Mitarbeitenden ein Gesicht gegeben.

Als Beispiel zum Erreichen der Durchdringung sei die «obligatorische» Fortbildung genannt. Bei Abwesenheit eines Mitarbeitenden muss ein *1:1 Fragebogen* ausgefüllt werden.

Es ist bemerkenswert, dass Themen/Aufgaben/etc., welche nicht durch die Standardelemente/Kriterien der beiden Standards vorgegeben sind, durch die Standardgruppe bearbeitet und angepasst werden.

Für das Auditteam sind die permanenten Anstrengungen für das Erreichen und Erhaltens eines gleich hohen Niveaus im Akut- und Langzeitbereich so erfolgreich, dass die Bewertung D gerechtfertigt ist.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht keine **Empfehlung** aus.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Den Hinweis zum Kriterium 2.2 des Standards 1 umsetzen.

## 12.5 Standard 7: Chirurgie

Gültigkeitsbereich: Standard 7: CSEB Akutsomatik (Gruppe II)

Leitung: Dr. med. Alexander Kerber, Chefarzt Chirurgie

**Niveau: C**
**(Erfüllung 3 Punkte, Durchdringung 3 Punkte)**

**Die Elemente des Standards 7 sind zum Zeitpunkt der Bewertung in substanziellem Ausmass erfüllt.**

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an aktuellen Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien. | **1.1 Zu den wichtigsten Diagnosen liegen aktuelle Guidelines bzw. Handlungsrichtlinien vor, die als verbindlich erklärt worden sind.**<br>1.2 Die Guidelines bzw. Handlungsrichtlinien sind im Team instruiert und eingeführt worden.<br>1.3 Eine Evaluation findet regelmässig statt. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden. | Erfüllt | Hinweis:<br>ad 1.3<br>Da ein Chefarztwechsel stattgefunden hat, ist das Durchlaufen des PDCA-Kreislaufs dazu noch nicht möglich. |
| 2. Pflegende und Therapierende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit aktuellen Pflege- bzw. Therapiestandards und Handlungsrichtlinien. | **2.1 Zu den wichtigsten Themen existieren aktuelle Standards bzw. Handlungsrichtlinien, die als verbindliche erklärt worden sind.**<br>2.2 Diese Standards bzw. Handlungsrichtlinien sind eingeführt und werden regelmässig überprüft.<br>2.3 Allfällig nötige Massnahmen werden umgesetzt und geschult. | 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 informiert.<br>Das Unternehmen stellt sicher, dass die Patientin, der Patient bzw. deren Angehörigen alle nötigen Informationen zur Entscheidungsfindung bekommen. | **3.1 Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung für ausgewählte häufige Eingriffe verfügbar.**<br>**3.2 Die erfolgte Aufklärung ist dokumentiert.**<br>3.3 Eine Befähigung des interprofessionellen Teams in der Führung von Informations- und Aufklärungsgesprächen findet regelmässig statt.<br>3.4 Das Unternehmen regelt, wie die Information im interprofessionellen Team abgestimmt wird.<br>3.5 Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, wie verfahren wird, wenn Patientinnen/Patienten bzw. Angehörige keine Aufklärung wünschen. | Erfüllt | Hinweis:<br>ad 3.5<br>Eine schriftliche Regelung wurde nicht eingesehen, jedoch im Gespräch erläutert. |

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 4. Für den periinterventionellen Patientenpfad kommt eine Checkliste «sichere Chirurgie» zur Anwendung. | **4.1 Eine Checkliste in Analogie zur Stiftung Patientensicherheit Schweiz ist vorhanden.**<br>4.2 Die Checkliste ist von der obersten Entscheidungsinstanz des betroffenen Bereichs genehmigt und in Kraft gesetzt worden und wird angewendet.<br>4.3 Die Checkliste ist Gegenstand der Einführung neuer Mitarbeitenden und von interprofessionellen Weiterbildungsveranstaltungen des Teams.<br>**4.4 Die Verantwortungen für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind eindeutig und schriftlich zugeordnet.**<br>4.5 Der Einsatz der Checkliste und deren Wirkung werden regelmässig überprüft, allfällig nötige Massnahmen werden umgesetzt[6]. | Erfüllt | |
| 5. Mitarbeitende werden motiviert, Sicherheitsbedenken aktiv anzusprechen.<br>Im Team finden periodische Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Ereignisse, Komplikationen, etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend, werden moderiert und nötige Massnahmen protokolliert. | 5.1 Sämtliche Hierarchiestufen werden auf die Äusserungen von Sicherheitsbedenken und deren Bedeutung für die Patientensicherheit sensibilisiert. Die Wirksamkeit der Vorgehensweise wird überprüft und allenfalls angepasst.<br>5.2 Protokolle der Besprechungen liegen vor. Die Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen wird überprüft. | Erfüllt | |
| 6. Die Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Leistungsqualität durch. | 6.1 Ergebnisse für relevante Qualitätsindikatoren gemäss des Leistungsbereichs sind vorhanden. Diese wurden interpretiert und im interprofessionellen Team besprochen.<br>6.2 Allfällig nötige Massnahmen werden umgesetzt. | Nicht erfüllt | <u>Feststellung</u>:<br>ad 6.1<br>Neu werden ab 1.1.2024 die Daten in die Datenbank *AQC* eingegeben.<br><u>Feststellung</u>:<br>ad 6.2<br>Mit der Bearbeitung der Daten aus der Datenbank *AQC* kann dieses Kriterium danach erfüllt werden. |

[6] bei der Re-Zertifizierung ist es ein Schlüsselkriterium

**Kommentar zur aktuellen Bewertung**

Seit der letzten Re-Zertifizierung wurde an den Standardelementen und -kriterien dieses Standards konsequent und zielgerichtet weitergearbeitet. Dabei wurde darauf geachtet, dass mit den vorhandenen Ressourcen ein Maximum erreicht wird.

Dem Leitungsteam der chirurgischen Klinik, unter der Führung durch den neuen Chefarzt Dr. Kerber, gelingt es diese Arbeit mehrwertbringend für die Mitarbeitenden aller betroffenen Professionen, aber auch für die Patientinnen und Patienten, zu nutzen.

Durch das standardisierte Erfassen von Kennzahlen mit dem Instrument Datenbank *AQC* wird zukünftig die Basis für die vollständige Erfüllung dieses Standards aber auch für die vollständige Durchdringung gelegt.
Dabei ist festzustellen, dass sich die Durchdringung bei den anderen Standardelementen bereits auf einem guten Niveau befindet.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

| Nr. | Standard | Feststellung des Auditteams | Empfehlung |
|---|---|---|---|
| II. | **7** | ad 6.1<br>Neu werden ab 1.1.2024 die Daten in die Datenbank *AQC* eingegeben. | Die Eingaben in die Datenbank mit einem Prozess dazu hinterlegen und ab 1.1.24 durchführen. |
| III. | **7** | ad 6.2<br>Mit der Bearbeitung der Daten aus der Datenbank *AQC* kann dieses Kriterium danach erfüllt werden. | Dem obengenannten Prozess ein PDCA-Kreislauf anhängen. |

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen:**

- Um das Gesetz der kleinen Zahlen abzuschwächen, können nach unserer Beurteilung durchaus auch die operative Tätigkeiten der einzelnen Chirurgen ausserhalb des CSEB mit einbezogen werden.
- Die Dynamik dieser Standardarbeit mit klaren Zielvorgaben weiterhin unterhalten.

## 12.6 Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen

Gültigkeitsbereich: Standard 11: CSEB Akutsomatik (Gruppe I)
Standard 54: CSEB Langzeitpflege (Gruppe I)

Leitung: Standard 11 Marianne Florinett, QB CSEB
Standard 54 Sarah Peer, QB CSEB

**Niveau: D**
**(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)**

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

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

## 12.7 Standard 54: Kritische Ereignisse

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

**Kommentar zur aktuellen Bewertung**

Die Inhalte der Standard 11 und Standard 54 werden schon lange im Standard-Set des CSEB ausgewiesen und wurden stets mit einem D bewertet.

In beiden Standardgruppen wurde aber gezielt weitergearbeitet.

So wurden gemäss dem neuen Schulungskonzept im Bereich Chüra alle Mitarbeitenden zum Thema CIRS geschult.

Auch wurden die Mitarbeitenden des technischen Dienstes, der Hauswirtschaft, der Küche und der Administration zu den Inhalten dieses Standards geschult. Diese Berufsgruppen waren auch in manchen Meldungen zu kritischen Ereignissen involviert.
Speziell hervor zu heben ist, dass die Mitarbeitenden der Hauswirtschaft entweder in portugiesischer oder auch in deutscher Sprache geschult wurden.

Seit 2023 werden in den beiden Meldekreisen die gleichen Kennzahlen strukturiert erfasst und halbjährlich ausgewertet.

Das neue Erfassungstool bringt in die Standardarbeit einen grossen Mehrwert, indem die Einhaltung des PDCA-Kreislaufes bei jeder Meldung unterstützt und auch automatisch kontrolliert wird.

Zur Unterstützung der Durchdringung wird halbjährlich ein CIRS-Newsletter an alle Mitarbeitenden des CSEB versendet.

Im ganzen Netzwerk gilt der Slogan zur Fehlerkultur «aus Fehlern lernen und keine Fehler suchen». Dass diese Kultur von den Mitarbeitenden so wahrgenommen und auch gelebt wird, konnte auf der Begehung eindrucksvoll nachvollzogen werden.

Die beiden Feststellungen, welche das Auditteam zu den nicht erfüllten Kriterien macht, sind den Standardgruppen schon bekannt. Deshalb wird 2024 eine Mitarbeiterumfrage zum CIRS-Wissensstand und zur Zufriedenheit mit dem neuen Erfassungstool durchgeführt.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

| Nr. | Standard | Feststellung des Auditteams | Empfehlung |
|---|---|---|---|
| IV. | **11** | ad 3.4<br>Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen. | Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren. |
| V. | **54** | ad 3.4<br>Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen. | Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren. |

Das Auditteam formuliert keine **Anregung.**

## 12.8 Standard 25: Palliative Betreuung

Gültigkeitsbereich: Standard 25: CSEB Akutsomatik (Gruppe I)
Standard 66: CSEB Langzeitpflege (Gruppe I)

Leitung: Christian Grabner, BLR CHL/PGS

**Niveau: D**
**(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)**

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

| Standardelement | Kriterien<br>(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 Entscheidprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt.**<br>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 Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden. | **2.1 Ein Konzept zur palliativen Betreuung ist vorhanden.**<br>2.2 Das Konzept ist umgesetzt.<br>**2.3 Handlungsleitlinien sind vorhanden.**<br>2.4 Diese sind umgesetzt. | Erfüllt | |
| 3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen. | 3.1 Das Team wendet Messinstrumente zur Symptombeurteilung und zur Einschätzung der Lebensqualität an.<br>3.2 Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben und ausgewertet. | Erfüllt | |
| 4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben. | **4.1 Der Umgang mit Patientenerklärungen (Patientenvollmacht) ist geregelt.**<br>4.2 Es ist geregelt, unter welchen Bedingungen Angehörige in die Information einbezogen werden. | Erfüllt | |
| 5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt. | 5.1 Die Zuständigkeiten sind geregelt.<br>5.2 Es besteht eine Zusammenarbeit mit unternehmensexternen Stellen.<br>5.3 Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert.<br>5.4 Das Zusammenwirken im Betreuungsnetz wird periodisch evaluiert. | Erfüllt | |
| 6. Das interprofessionelle Betreuungsteam ist in Palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ausgebildet. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet. | 6.1 Es besteht ein Fort- und Weiterbildungskonzept.<br>6.2 Nachweise über besuchte Fort- und Weiterbildungen sind vorhanden.<br>6.3 Teamsitzungen finden unter kompetenter Anleitung statt und werden evaluiert. | Erfüllt | |

## 12.9 Standard 66: Palliative Betreuung

| Standardelement | Kriterien<br>(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 Entscheidprozess für palliative Betreuung ist festgelegt.**[7]<br>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.**[8]<br>2.2 Das Konzept ist umgesetzt.<br>2.3 Handlungsleitlinien sind vorhanden und umgesetzt.[9] | 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.<br>4.2 Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert. | Erfüllt | |

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

[8] 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.

[9] 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<br>(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.<br>5.2 Die fachliche und psychologische Begleitung der betreuenden Teams ist gewährleistet. | Erfüllt | |

**Kommentar zur aktuellen Bewertung**

Das Auditteam konnte feststellen, dass sowohl in den eingereichten Unterlagen als auch im Gespräch und auf der Begehung die Inhalte dieser beiden Standards für alle betroffenen Mitarbeitenden - nicht nur für die Standardmitglieder - ein wichtiger Pfeiler in der täglichen Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten, der Bewohnenden und der Kunden nach der Bewertung D im letzten Re-Zertifizierungs-Audit hoch geblieben ist.

Dies ist vielleicht auch darin begründet, dass in der Standardgruppe alle betroffenen Bereiche des CSEB bewusst vertreten sind.

So kann sichergestellt werden, dass die einzelnen Behandlungs- und Betreuungsteams laufend alle wichtigen Informationen zu diesen Standards erhalten.

Auch wurden Schulungen der betroffenen Mitarbeitenden in allen Bereichen durchgeführt.

Konsequent wurde ein Ziel überprüft, in dem in allen Bereichen die ESAS ausgewertet wurden und danach allfällige Verbesserungsmassnahmen durchgeführt worden sind.

Schmerz, ein Symptom das auch die Lebensqualität in allen Phasen der palliativen Behandlung und Betreuung mitprägt, wurde in die Palliativ-Schulungen mit dem Schwerpunkt Schmerzpumpe einbezogen.

Ein besonderes Augenmerk wurde daraufgelegt, dass die Mitarbeitenden der Chasa Puntota jetzt auch das gleiche Wissen zum Thema Palliative Betreuung, wie die übrigen Mitarbeitenden im CSEB, bei der Betreuung der Bewohnenden einsetzen können.

In diesem Standard kann exemplarisch wieder der Netzwerk-Gedanke aufgezeigt werden. Es wird bewusst das Wissen von allen Bereichen des CSEB eingeholt und eingefordert. So bringt z.B. die Zusammenarbeit mit der Komplementärmedizin einen grossen Mehrwert für alle Patientinnen/Patienten/Bewohnende und Kunden.

Noch zu erwähnen ist, dass zwei Zimmer speziell für Patientinnen und Patienten im palliativen Setting eingerichtet worden sind.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht keine **Empfehlung** aus.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Das Auditteam unterstützt das Bestreben aus drei Konzepten ein einziges Konzept zu erarbeiten.

## 12.10 Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung

Gültigkeitsbereich: Standard 28: CSEB Akutsomatik (Gruppe II)

Leitung: Katarina Stecher, dipl. Pflegefachfrau Osp.

**Niveau: D**
**(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)**

**Die Elemente des Standards 28 Dekubitusprävention und -behandlung sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.**

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 1. Jede Patientin und jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Dekubitusgefährdung vorliegt.<br>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. | **1.1 Richtlinien zur Beurteilung der Dekubitusgefährdung sind vorhanden.**<br>1.2 Die Richtlinien sind instruiert.<br>1.3 Aktuelle, systematische Einschätzungen der Dekubitusgefährdung liegen vor. | Erfüllt | |
| 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. | 2.1 Die Patientinnen und Patienten sind informiert und instruiert.<br>2.2 Ergebnisse von Überprüfungen des Kenntnisstandes bei den Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden liegen vor. | Erfüllt | |
| 3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, Behandlung und Verlauf werden dokumentiert. Prävention und Therapie orientieren sich an den für das Unternehmen verbindlichen Handlungsrichtlinien. | 3.1 Die durchgeführten präventiven Massnahmen sind dokumentiert.<br>**3.2 Handlungsrichtlinien für die Prävention, Erkennung und Therapie des Dekubitus sind verfügbar.**<br>3.3 Diese sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden angewendet. Die Anwendung wird überprüft. | Erfüllt | |
| 4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegende 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 | |

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 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.<br>5.2 Die Ergebnisse werden beurteilt. Protokolle der Besprechungen liegen vor.<br>5.3 Falls notwendig werden Verbesserungsmassnahmen eingeleitet. | Erfüllt | |

**Kommentar zur aktuellen Bewertung**

Aus den bereitgestellten Unterlagen, dem Gespräch und den Erfahrungen aus der Begehung zeigte sich, dass die Inhalte dieses Standards sowohl in der Erfüllung als auch in der Durchdringung auf einem hohen Niveau umgesetzt sind.

Es ist zu bemerken, dass im CSEB im Bereich Chüra der Standard 62 ebenfalls bearbeitet und umgesetzt wird. Aus reglementarischen Gründen der Zertifizierung nach SanaCERT Suisse können aber im Langzeitbereich nur sieben Standards an einem Audit ausgewiesen werden.

Seit dem letzten Audit wechselte die Standardleitung und die Übergabe erfolgte vorbildlich.

Das Interne Audit, welches im April 2023 stattgefunden hat, wurde für die Inhalte der Schulung für die Mitarbeitenden genützt, indem die erkannten Mängel im Sinne des PDCA-Kreislaufes aufgearbeitet wurden.

Im Selbstbewertungsbericht wird geschrieben: …«die jährliche Überprüfung zeigt, dass der Regelkreis implementiert ist und im Alltag integriert ist»… Diese Aussage zur Erfüllung und Durchdringung kann das Auditteam bestätigen.

Ein Beispiel ist erwähnenswert: Mehrere, innerhalb kurzer Zeit aufgetretene Druckgeschwüre bei einer bestimmten Operation wurden erkannt, sofort interprofessionell analysiert und die Ursache behoben. Im Check des PDCA-Kreislaufs wurden keine erneuten Druckgeschwüre festgestellt.

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass im gesamten Unternehmen ein spezielles Augenmerk auf «Dekubitus» gelegt wird und das die Inzidenz der Druckgeschwüre daher tief ist.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht keine **Empfehlung** aus.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Würde die Einbeziehung dieses Themas in die ärztlichen Fortbildungen nicht einen Mehrwert bringen?

## 12.11 Standard 32: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz

Gültigkeitsbereich: Standard 32: CSEB Akutsomatik (Gruppe I)
Standard 65: CSEB Langzeitpflege (Gruppe I)

Leitung: Rebekka Hansmann, Direktorin Chüra

**Niveau: C**
**(Erfüllung 3 Punkte, Durchdringung 3 Punkte)**

**Die Elemente des Standards 32 Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz / Standards 65 Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz sind zum Zeitpunkt der Bewertung in substanziellem Ausmass erfüllt.**

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 1. Das Unternehmen hat die Abklärung von Menschen mit Demenz geregelt.<br>Weiter ist festgelegt, wie die Betroffenen entsprechend den verschiedenen Krankheitsstadien gepflegt, behandelt und betreut werden. | **1.1 Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Abklärung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz, das von der operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt ist.**<br>1.2 Darin ist auch geregelt, wie Betroffene, bei denen die Demenz nicht die Hauptdiagnose ist, abgeklärt und betreut werden.<br>**1.3 Unternehmensseitige Grundsätze für eine situationsgerechte Betreuung und Behandlung sind festgelegt.**<br>1.4 Das Konzept ist umgesetzt. Es wird periodisch auf seine Umsetzung, Wirkung und den Anpassungsbedarf überprüft. | Erfüllt | Feststellung:<br>ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden. |
| 2. Die Lebensqualität der Betroffenen mit Demenz ist gewährleistet und deren Würde und Integrität wird geachtet. | **2.1 Die Dimensionen der demenziellen Erkrankung wie Kognition, Verhalten und Aktivitäten des täglichen Lebens werden systematisch erfasst.**<br>2.2 Massnahmen für eine situationsgerechte Betreuung und Behandlung durch das interprofessionelle Team sind festgelegt. Dabei werden biografische Elemente und die Betreuungssituation vor Spitaleintritt berücksichtigt.<br>2.3 Ethische Aspekte werden berücksichtigt und dokumentiert. | Erfüllt | |
| 3. Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörigen respektive behördlichen Vertretungspersonen werden angemessen informiert, unterstützt und in Entscheidungsprozesse mit einbezogen. | **3.1 Information, Aufklärung und Entscheidungsprozesse bei Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen respektive behördlichen Vertretungspersonen sind geregelt.**<br>3.2 Der Einbezug des persönlichen Umfelds von demenzkranken Menschen ist berücksichtigt.<br>3.3 Der Umgang mit dem Vorsorgeauftrag und der Patientenverfügung ist geregelt. | Erfüllt | |

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 4. Die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der Behandlungs- und Betreuungsqualität wird ausgewiesen. | 4.1 Mindestens zwei Ergebniskriterien zur Beurteilung der Behandlungs- und Betreuungsqualität werden erhoben und ausgewertet.<br>4.2 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert. | Erfüllt | |
| 5. Die Mitarbeitenden, welche Menschen mit Demenz abklären, pflegen, behandeln und betreuen, sind ihrer Rolle entsprechend befähigt. | **5.1 Das Unternehmen verfügt über die erforderlichen Fachkompetenzen und hat die Mitarbeitenden für ihre diesbezüglichen Aufgaben befähigt.**<br>5.2 Nachweise über die Fachkompetenzen und die Befähigung sind vorhanden.<br>5.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert. | Erfüllt | |

## 12.12 Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 1. Das Unternehmen hat festgelegt, wie, wo und von wem Menschen mit Demenz abgeklärt und in den verschiedenen Krankheitsstadien gepflegt, behandelt und betreut werden | **1.1 Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz, die von der operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt ist.**<br>**1.2 Aus der Dokumentation ist ersichtlich, dass bei den Betroffenen die Abklärungen zur Diagnose der Demenz erfolgt sind.**<br>1.3 Unternehmensseitige Grundsätze für eine situationsgerechte Betreuung und Behandlung sind festgelegt.<br>1.4 Das Konzept ist umgesetzt. Es wird periodisch auf seine Umsetzung, Wirkung und den Anpassungsbedarf überprüft." | Erfüllt | <u>Feststellung:</u><br>ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden. |
| 2. Die Lebensqualität der Betroffenen mit Demenz ist gewährleistet und deren Würde und Integrität wird geachtet. | **2.1 Die Dimensionen der demenziellen Erkrankung wie Kognition, Verhalten und Aktivitäten des täglichen Lebens werden systematisch erfasst und periodisch überprüft.**<br>2.2 Massnahmen für eine situationsgerechte Betreuung und Behandlung sind festgelegt. Dabei werden biografische Elemente berücksichtigt.<br>2.3 Ethische Aspekte werden berücksichtigt und dokumentiert | Erfüllt | |

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 3. Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörigen werden angemessen informiert, unterstützt und in Entscheidungsprozesse mit einbezogen. | **3.1 Information, Aufklärung und Entscheidungs-prozesse bei Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen sind geregelt.**<br>3.2 Der Einbezug des persönlichen Umfelds von demenzkranken Menschen ist berücksichtigt.<br>3.3 Der Umgang mit dem Vorsorgeauftrag und der Patientenverfügung ist geregelt. | Erfüllt | |
| 4. Die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der Behandlungs- und Betreuungsqualität wird ausgewiesen. | 4.1 Mindestens zwei Ergebniskriterien zur Beurteilung der Behandlungs- und Betreuungsqualität werden erhoben und ausgewertet.<br>4.2 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert. | Erfüllt | |
| 5. Das interprofessionelle Betreuungsteam, welches Menschen mit Demenz pflegt, behandelt und betreut, ist für diese Aufgaben befähigt. | **5.1 Das Unternehmen verfügt über die erforderlichen Fachkompetenzen und hat die Mitarbeitenden für ihre diesbezüglichen Aufgaben befähigt.**<br>5.2 Nachweise über die Fachkompetenzen und die Befähigung sind vorhanden.<br>5.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert. | Erfüllt | |

**Kommentar zur aktuellen Bewertung**

Die Standards 32 und 65 wurden neu ins Standard-Set des CSEB in diesem Jahr aufgenommen. Im Selbstbewertungsbericht wird der Grund dafür ausführlich beschrieben mit den Sätzen:
…«mit der Zunahme der älteren Bevölkerung der immer längeren Lebensdauer nimmt auch die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz zu und hat einen immer wichtigeren Stellenwert.»…

und

…»Ziel ist es, CSEB-weit eine gemeinsame Haltung und einheitliche Grundlagen zu entwickeln und umzusetzen»…

Auch hier kommt der Netzwerkgedanke wieder zum Tragen.
Die Direktorin Chüra hat die Standardleitung und darin zeigt sich, dass die Umsetzung dieser beiden Standards für das CSEB eine grosse Bedeutung hat.

Vorbildlich wie die Arbeit an den beiden neuen Standards innert kürzester Zeit im Sinne des PDCA-Kreislaufes angegangen und umgesetzt worden ist.

Ein Ziel war, die Erstellung eines gemeinsamen Demenzkonzeptes mit dazu gehörenden individuellen Umsetzungskonzepten, sowie einer Checkliste für die Internen Audits.

Diese bemerkenswerte Leistung beurteilt das Auditteam daher auch deutlich mit **C**.

Aus zeitlichen Gründen für die Bearbeitung dieses Standards kann der PDCA-Kreislauf noch nicht in allen Bereichen vollständig durchlaufen worden sein.

Anmerkung: Auf der geschützten Gruppe für Menschen mit Demenz gibt es eine «echte Arvenstube». Dieser Raum war auf der Begehung nicht genutzt, die Türe zu.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlungen** aus:

| **Nr.** | **Standard** | **Feststellung des Auditteams** | **Empfehlung** |
|---|---|---|---|
| VI. | **32** | ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden. | PDCA-Kreislauf vollenden. |
| VII. | **65** | ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden. | PDCA-Kreislauf vollenden. |

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Im Konzept wird der Grund für das Vorliegen einer demenziellen Entwicklung lösungsorientiert gesucht. Diesen Ansatz unbedingt weiterverfolgen.
- Arvenstube besser in die Alltagsgestaltung integrieren, Türe offenlassen, als „offiziellen" Aufenthaltsraum nutzen.

## 12.13 Standard 33 Feedbackmanagement

Gültigkeitsbereich: Standard 33: CSEB Akutsomatik (Gruppe II)

Leitung: Marianne Florinett, QB CSEB

**Niveau: D**
**(Erfüllung 3 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)**

**Die Elemente des Standards 33 Feedbackmanagement sind zum Zeitpunkt der Bewertung umfänglich erfüllt.**

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 1. Das Unternehmen hat geregelt, wie es Rückmeldungen von Patientinnen/Patienten sowie deren Angehörigen zur Zufriedenheit und zur Leistungsverbesserung bearbeitet und für die Qualitätsentwicklung systematisch nutzt.<br>Das Unternehmen fördert eine konstruktive Feedbackkultur. | **1.1 Ein entsprechendes Konzept ist vorhanden und von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt.**<br>1.2 Alle für das Unternehmen relevanten Patientensegmente sind festgelegt und berücksichtigt.<br>1.3 Das Konzept regelt, wie Patientinnen/Patienten und deren Angehörige sowie betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Umsetzung von Verbesserungen einbezogen werden.<br>1.4 Das Konzept ist umgesetzt und überprüft. | Erfüllt | Feststellung:<br>ad 1.4<br>Das Konzept konnte im Sinne des PDCA-Kreislaufes zeitlich noch nicht überprüft werden. |
| 2. Das Unternehmen bezieht Meinungen von relevanten Anspruchsgruppen für die Qualitätsentwicklung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ein. | 2.1 Das Konzept berücksichtigt auch die Identifikation relevanter Anspruchsgruppen. Deren Ansprüche werden periodisch aktiv eingeholt. | Erfüllt | |
| 3. Das Unternehmen sorgt dafür, dass Rückmeldungen niederschwellig angebracht und aufgenommen werden können. | 3.1 Patientinnen/Patienten und Angehörige werden informiert, wo und wie sie ihre Anliegen deponieren können.<br>3.2 Die entsprechenden Instrumente und Plattformen sind vorhanden und zugänglich.<br>3.3 Die Mitarbeitenden werden für einen konstruktiven Umgang mit Rückmeldungen befähigt. | Erfüllt | |
| 4. Für ein möglichst umfassendes Feedback stützt sich das Unternehmen auf verschiedene Erhebungsmethoden ab. | **4.1 Erhebungen werden systematisch und regelmässig durchgeführt. Die Anonymität der Antwortenden ist gewährleistet.**<br>4.2 Elemente des Behandlungspfades stehen bei den Erhebungen im Zentrum<br>4.3 Betriebsinterne Vergleiche und Vergleiche mit anderen Unternehmen (Benchmarking) werden durchgeführt.<br>4.4 Informationsbedürfnisse von Projektgruppen z.B. von anderen Standards, werden bei den Erhebungen berücksichtigt. | Erfüllt | |

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 5. Die Erhebungen werden ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsentwicklung genutzt.<br>Die verschiedenen Erhebungen werden in einer Übersicht/Gesamtschau evaluiert. | **5.1 Sowohl strukturierte Erhebungen wie auch eingehende Meldungen werden ausgewertet und sich daraus ergebende Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.**<br>5.2 Die verschiedenen Erhebungen und deren Auswertungen werden einzeln und gesamthaft betrachtet und interpretiert. | Erfüllt | |
| 6. Der Informationsfluss gegenüber den direkten Betroffenen, Patientinnen/Patienten, Angehörigen sowie verschiedenen Anspruchsgruppen ist definiert und sichergestellt. | 6.1 Das Unternehmen legt fest, wie und in welchen Abständen/Fristen direkt Betroffene, Patientinnen/Patienten, Angehörige, Mitarbeitende und Anspruchsgruppen jeweils über die Resultate der Erhebungen, Rückmeldungen und über eingeleitete Verbesserungsmassnahmen informiert werden.<br>6.2 Die Information ist sichergestellt. | Erfüllt | |

**Kommentar zur aktuellen Bewertung**

Dieser Standard wurde neu ins Standard-Set anstelle des alten Standard 2 Erhebung von Patientenurteilen aufgenommen.

Die Ausweitung, welche in den Inhalten den Standards 33 gegenüber dem Standard 12 vorgenommen worden ist, hat das CSEB umgesetzt und sinnvoll und bewusst ausgenützt.

Die in der «Qualitätswelt» zunehmend geforderten Erhebungen von PROMs und PREMs werden im CSEB als Thema erkannt, jedoch zum heutigen Zeitpunkt noch nicht aktiv bearbeitet.

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen aber auch der Mitarbeitenden ist ein oberstes Ziel im CSEB. Dieses Ziel ist durch gute Information und Instruktionen der Mitarbeitenden in ihre tägliche Arbeit völlig integriert, was die Bewertung der Durchdringung ausmacht.
Da der PDCA-Kreislauf noch nicht überall einmal durchlaufen werden konnte, ergibt dies den Grund für die Bewertung der Erfüllung.

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht folgende **Empfehlung** aus:

| Nr. | Standard | Feststellung des Auditteams | Empfehlung |
|---|---|---|---|
| VIII. | **33** | ad 1.4<br>Das Konzept konnte im Sinne des PDCA-Kreislaufes zeitlich noch nicht überprüft werden. | PDCA-Kreislauf schliessen. |

Das Auditteam formuliert folgende **Anregungen:**

- Wie geplant den PDCA-Kreislauf überall schliessen.
- Allenfalls Sollwerte und Messdauer, wie selbst schon erkannt, überprüfen.

## 12.14 Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Gültigkeitsbereich: Standard 52: CSEB Langzeitpflege (Gruppe III)

Leitung: Gabriela Pless, Leiterin Pflegedienst CPB, dezentrale Betriebe und Spitex

**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. | **1.1 Das Dokument wird jedem Bewohner und jeder Bewohnerin beim Eintritt in das Unternehmen abgegeben.**<br>1.2 Neu eintretende Mitarbeitende werden in die Rechte eingeführt. | Erfüllt | |
| 2. Pflege und Betreuung respektieren die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner. | 2.1 Die Mitarbeitenden ermitteln und erkennen, welche Art der Privatsphäre die Bewohnerin bzw. der Bewohner wünscht.<br>2.2 Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen. | 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. | 3.1 Das Unternehmen informiert Bewohnerinnen und Bewohner und die vertretungsberechtigte Person über ihr Recht, bei Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen mitzubestimmen. | Erfüllt | |
| 4. Die Mitarbeitenden sind befähigt, mit der Ablehnung von Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen durch Bewohnerinnen und Bewohner umzugehen. | **4.1 Handlungsanweisungen bzw. Richtlinien sind den Mitarbeitenden bekannt.**[10]<br>4.2 Das Thema wird in Teamsitzungen, Fortbildungen oder Fallbesprechungen behandelt.<br>4.3 Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen. | Erfüllt | |
| 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 | |

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

| Standardelement | Kriterien<br>(fett Schlüsselkriterien) | Erfüllt – nicht erfüllt | Was zur Erfüllung noch fehlt |
|---|---|---|---|
| 6. Das Unternehmen verfügt über eine Grundsatzerklärung zur Frage des selbstbestimmten Sterbens (Beihilfe zum Suizid, „Freitodbegleitung").<br><br>Für das selbstbestimmte Sterben hat das Unternehmen das Vorgehen definiert.<br><br>Den Bewohnenden ist die Grundsatzerklärung zum Zeitpunkt des Eintritts bekannt. | **6.1 Eine Grundsatzerklärung zum Thema selbstbestimmtes Sterben liegt vor.**<br>6.2 Das Vorgehen im Falle von selbstbestimmtem Sterben ist festgehalten.<br>6.3 Die Information über selbstbestimmtes Sterben ist dokumentiert. | 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

Der Umgang mit den Rechten der Bewohnerinnen und Bewohner ist für die Mitarbeitenden aller Chüra-Betriebe eine «Selbstverständlichkeit». Dies wurde mit konsequenten Schulungen aller betroffenen Mitarbeitenden und mit Internen Audits erreicht.

Das seit 2022 bestehende BESA-Team hat dies mit der vollumfänglichen Dokumentenprüfung unterstützt.
(Übrigens haben diese Überprüfungen auch eine positive Auswirkung auf die nötigen Dokumentationen bei den anderen Standards.)

Die Standardgruppe arbeitet konsequent im Sinne des PDCA-Kreislaufes. So wurde im Mai 2023 beispielhaft eine Zufriedenheitsbefragung bei den Bewohnenden und Angehörigen und Kundinnen und Kunden durchgeführt, daraus verbesserungswürdige Punkte erkannt, Massnahmen eingeleitet und eine Zielvorgabe (Gesamtzufriedenheit = >90%) festgelegt.

Die Verbindung zum Standard 25/66 wird aktiv genützt.

Zusammenfassend darf festgehalten werden: der Inhalt dieses Standards wird in allen Häusern «gelebt».

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht keine **Empfehlung** aus.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Die Selbstverständlichkeit der Anwendung der Inhalte dieses Standards durch die betroffenen Mitarbeitenden wie geplant weiter umsetzen.

## 12.15 Standard 53: Pflege und Betreuung

Gültigkeitsbereich: Standard 53: CSEB Langzeitpflege (Gruppe III)

Leitung: Uwe Höllrigl, Leitung Chasa Puntota

**Niveau: D**
**(Erfüllung 4 Punkte, Durchdringung 4 Punkte)**

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

| **Standardelement** | **Kriterien**<br>**(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. | 1.1 Im Unternehmen wird regelmässig kontrolliert, ob das Instrument der Pflegebedarfseinstufung[11] korrekt und fristgerecht angewendet wird.<br>1.2 Nachweise über diese Kontrollen sind vorhanden.<br>**1.3 Die Erkenntnisse aus der Pflegebedarfseinstufung werden innert vereinbarter Frist in Form von Zielvereinbarungen und Massnahmen in die Pflegeprozessplanung umgesetzt.**<br>1.4 Im Unternehmen wird regelmässig kontrolliert, ob die Pflegeprozessplanung aktuell ist. | Erfüllt | |
| 2. Pflegende arbeiten mit Pflegestandards und Handlungsanweisungen. | **2.1 Pflegestandards und Handlungsanweisungen sind allen Mitarbeitenden im Bereich Pflege und Betreuung zugänglich.**<br>**2.2 Diese sind instruiert und umgesetzt.**[12]<br>2.3 Pflegestandards und Handlungsanweisungen werden innert vereinbartem Fristen überprüft und evaluiert. | Erfüllt | |

### Kommentar zur aktuellen Bewertung

Dieser Standard wurde bei den letzten zwei Re-Zertifizierungsaudits mit der Höchstnote bewertet.

Sowohl aus dem Selbstbewertungsbericht, den gelieferten Unterlagen, als auch aus den Erkenntnissen des Standardgesprächs und der Begehung kann das Auditteam dieser Bewertung folgen.

Für die Möglichkeit zur Qualitätssteigerung wurde das Dokumentensystem *LOBOS* auf alle stationären Chüra-Betriebe ausgeweitet. Diese Ausweitung bringt damit eine Vereinheitlichung aller stationären Chüra-Betriebe.

---

[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.

Eine grosse Arbeit, aber auch eine sinnvolle Zusammenführung im Netzwerk, war die Erstellung eines einheitlichen Konzeptes Pflege und Betreuung für alle Chüra-Betriebe.

Zudem wurde ein Aktivierungskonzept erstellt.

Mit der Gründung des BESA-Teams wurde vorausschauend auf den eingetretenen und noch zu erwarteten Fachpersonalmangel eingegangen. In den gleichen Kontext ist das Projekt APN (Advanced Practice Nurse) einzustufen.

Ein Beispiel (Chasa Puntota) für die Grundhaltung in den Chüra-Betrieben:
Die Pflegenden sitzen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern und machen die Eintragungen in die elektronische Pflegedokumentation im Aufenthalts-/Essraum. Damit sind die Pflegenden für die Bewohnerinnen und Bewohner sichtbar und werden zu einem Teil der Gemeinschaft (Pflegen auf Augenhöhe).

Das Auditteam spricht keine **Auflage** aus.

Das Auditteam spricht keine **Empfehlung** aus.

Das Auditteam formuliert folgende **Anregung:**

- Das Projekt *APN* unbedingt mit einer nachfolgenden APN weiter vorantreiben, damit die bis jetzt erfolgten positiven Auswirkungen weitergeführt werden können.

# 13 Auflagen und Empfehlungen

## 13.1 Auflagen

*Eine Auflage wird dem Unternehmen 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*.

Es wird **keine** Auflage ausgesprochen.

## 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 Unternehmen nicht umgesetzt werden.*

| Nr. | Standard | Feststellung des Auditteams | Empfehlung |
|---|---|---|---|
| I. | **0** | ad 8.2<br>Ein eigentliches Konzept dazu ist nicht vorhanden. Die Mitarbeitenden sind aber gut über die Anstrengung zur Qualitätsentwicklung informiert (z.B. Mitarbeiter App *Beekeeper*). | Erstellen eines pragmatisch kurzen Konzeptes dazu. |
| II. | **7** | ad 6.1<br>Neu werden ab 1.1.2024 die Daten in die Datenbank *AQC* eingegeben. | Die Eingaben in die Datenbank mit einem Prozess dazu hinterlegen und ab 1.1.24 durchführen. |
| III. | **7** | ad 6.2<br>Mit der Bearbeitung der Daten aus der Datenbank *AQC* kann dieses Kriterium danach erfüllt werden. | Dem obengenannten Prozess ein PDCA-Kreislauf anhängen. |
| IV. | **11** | ad 3.4<br>Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen. | Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren. |
| V. | **54** | ad 3.4<br>Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen. | Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren. |
| VI. | **32** | ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden. | PDCA-Kreislauf vollenden. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VII. | **65** | ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden. | PDCA-Kreislauf vollenden. |
| VIII. | **33** | ad 1.4<br>Das Konzept konnte im Sinne des PDCA-Kreislaufes zeitlich noch nicht überprüft werden. | PDCA-Kreislauf schliessen. |

# 14 Ungelöste Aspekte

Das Unternehmen hat keinen Widerspruch angemeldet.
Es bestehen keine ungelösten Aspekte.

# 15 Antrag und Dank

**Antrag auf Zertifizierung**

Gestützt auf die Ergebnisse des Re-Zertifizierungsaudits vom 09./10.11.2023 und dem 21.11.2023 stellt das Auditteam der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

1. Das Qualitätsmanagement des CSEB ist für weitere 3 Jahre, d.h. bis zum 11.02.2027 zu zertifizieren.
2. Die regulären Überwachungsaudits sind fristgerecht, nämlich im Jahr 2024 sowie im Jahr 2025, durchzuführen.

Der Entscheid der Zertifizierungskommission basiert auf dem vorliegenden Bericht.

**Dank**

Wir möchten allen Auskunftspersonen, den Mitgliedern der Geschäftsleitung und insbesondere den beiden Qualitätsbeauftragten, Frau Marianne Florinett und Frau Sarah Peer, für die gute Zusammenarbeit in der Vorbereitung und Durchführung des Audits herzlich danken.

Nochmals bedankt sich das Auditteam bei den Verantwortlichen des CSEB, dass das Re-Zertifizierungs-Audit am 10.11.23 unterbrochen werden konnte und für die Flexibilität bei der Terminfindung zur Durchführung der Bewertung und des Schlussgesprächs am 21.11.2023 im CSEB.

# 16 Anhang

## 16.1 Liste der vom Unternehmen eingereichten Unterlagen zur Auditvorbereitung

**1. Qualitätsmanagement Allgemein**
1.1. Leitbild CSEB
1.2. Jahresbericht CSEB 2022
1.3. Organigramm 1.3.1. Organigramm CSEB
1.3.2. Organigramm CSEB Stabsdienste
1.4. Broschüren 1.4.1. CSEB
1.4.2. OSP
1.4.3. CCU onkologisch
1.4.4. CCU psychosomatisch
1.4.5. OSP/CCU integrativer Hüft- und Kniegelenksersatz
1.4.6. CPB Pflege und Betreuung

**2. Qualitätspolitik und –Konzept der Einrichtung**
2.1. QM-Organisation, Q-Kommission
2.2. QM-Organisation, Q-Kernteam Standardleitende
2.3. Qualitätsstrategie und Qualitätsziele
2.4. Standard personelle Besetzung
2.5. Stellenbeschreibung Verantwortliche Qualität und Patientensicherheit
2.6. Allegra Beitrag zum Thema Qualität (November 2022) (wird aufgelegt)

**3. Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51 Qualitätsentwicklung**
3.1. Selbstbewertungsbericht
3.2. Messpläne CSEB (Quality-Dashboard Deckblatt)
3.3. Fort- und Weiterbildung von QM-involvierten
3.4. Grundstandard Liste amtlicher Kontrollen CSEB
3.5. 3-Jahresplan Audits 2023_2025
3.6. Protokoll Sitzung Standardleitende 20230622
3.7. Protokoll Sitzung Standardleitende 20230322
3.8. Weiterbildungsprogramm Chüra (wird aufgelegt)
3.9. Direktionsinfo OSP_CCU_1 (wird aufgelegt)
3.10. Direktionsinfo OSP_CCU_2 (wird aufgelegt)
3.11. Direktionsinfo Chüra_1 (wird aufgelegt)
3.12. Direktionsinfo Chüra_2 (wird aufgelegt)
3.13. Auswertungen Rückmeldungen CPB (wird aufgelegt)
3.14. Auswertung Schulung sanaCERT 23.05.23 (wird aufgelegt)
3.15. Fortbildungsprogramm OSP_CCU (wird aufgelegt)
3.16. WB-Personalkosten für sanaCERT (wird aufgelegt)
3.17. Fluktuationsrate (wird aufgelegt)

**4. Standard 1 und Standard 61Infektionsprävention und Spitalhygiene**
4.1. Selbstbewertungsbericht
4.2. Protokoll BNIA Sitzung 12. April 2023
4.3. Protokoll Sitzung Hygienekommission 18.04.2023
4.4. Auditberichte Hygiene

**5. Standard 7 Chirurgie**
5.1. Selbstbewertungsbericht
5.2. Protokoll Besprechung bezüglich Hautläsionen nach KTP
5.3. Protokoll Vor- und Nachsaison Besprechung
5.4. Protokoll Standardsitzung Chirurgie 12.07.2023
5.5. Diagnosen und Richtlinien (roXtra) (wird aufgelegt)

**6. Standard 11 / 54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen**
6.1. Selbstbewertungsbericht
6.2. Konzept Umgang mit kritischen Zwischenfällen CSEB
6.3. CIRS Newsletter CPB / OSP-CCU (wird aufgelegt)

**7. Standard 25 / 66 Palliative Betreuung**
7.1. Selbstbewertungsbericht
7.2. Auditberichte
7.3. Konzepte Palliative Care
7.4. Konzept Palliativer Brückendienst Engiadina Bassa CSEB
7.5. Protokoll Standardsitzung 04.04.2023
7.6. sanaCERT Schulung PPT Palliative Care (wird aufgelegt)

**8. Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung**
8.1. Selbstbewertungsbericht Standard 28
8.2. Statistik Dekubitus
8.3. Auditbericht Dekubitus
8.4. Protokoll Standardsitzung Dekubitus

**9. Standard 32 / 65 Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz**
9.1. Selbstbewertungsbericht
9.2. Demenzkonzept CSEB
9.3. Handlungsleitsätze CSEB
9.4. Auditberichte
9.5. Protokolle Standardsitzungen
9.6. Umsetzungskonzepte (Entwürfe)

**10. Standard 33 Feedbackmanagement**
10.1. Selbstbewertungsbericht
10.2. Konzept Feedbackmanagement
10.3. Protokolle Standardsitzungen
10.4. Zusammenfassung und Fazit Zuweiserbefragung 2023
10.5. Dashboard Auszug OSP_CCU
10.6. Zusammenfassung Befragung Notfallpatienten 2023

**11. Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner**
11.1. Selbstbewertungsbericht
11.2. CPB Broschüre Rechte unserer Bewohnenden
11.3. CPB Broschüre Rechte unserer Kundinnen und Kunden SPI
11.4. Auditberichte
11.5. Protokoll Standardsitzung 27.04.2023
11.6. Richtlinie Bewegungseinschränkende Massnahmen Chüra stationär (wird aufgelegt)

**12. Standard 53 Pflege und Betreuung**
12.1. Selbstbewertungsbericht
12.2. Auditbericht
12.3. Konzept Pflege und Betreuung
12.4. Aktivierungskonzept CPB
12.5. Protokolle Standardsitzungen
12.6. Lobos – Schulungsplan Herbst 2023 (wird aufgelegt)

## 16.2 Liste der vom Unternehmen vorgelegten Unterlagen am Audittag

| Standard | Dokument |
|---|---|
| **Allgemeine Unterlagen** | |
| | Organigramm CSEB und Stabsdienste per 01.10.2023 |
| | Broschüren (CSEB; OSP; CCU onkologisch; CCU psychosomatisch; OSP/CCU integrativer Hüft- und Kniegelenksersatz; CPB Pflege & Betreuung) |
| | Allegra Beitrag |
| **Grundstandard / Standard 51 Qualitätsentwicklung** | |
| | Anteil Weiterbildungskosten an Personalkosten 2022 |
| | Fluktuationsraten2022 |
| | Excelliste Sitzung Qualitätskommission fortlaufende Liste |
| | Excelliste Sitzung Grundstandard fortlaufende Liste |
| | Direktionsinfo |
| | Auswertungen Befragungen KU / BW / AH |
| | Auswertung Schulung SanaCERT |
| **Standard 1 / 61** | |
| | Richtlinien (roXtra) |
| | Schulungsveranstaltungen PPT |
| **Standard 7** | |
| | Behandlungsrichtlinien: proximale Humerusfrakturen (roXtra) |
| | Behandlungsrichtlinien: Proximale Femurfraktur (roXtra) |
| | Checkliste Knie-Total-Prothese und Teilprothese (roXtra) |
| | Hüft- und Knie-TEP Pflegerichtlinie (roXtra) |
| | Leitlinien OSG-Trauma (Malleolarfraktur) (roXtra) |
| | Leitlinien Knieverdrehtrauma (roXtra) |
| | Checkliste präoperative Massnahmen (roXtra) |

| | |
|---|---|
| | Nachbehandlungsrichtlinien für traumatologisch-orthopädi-sche Eingriffe (roXtra) |
| | Perioperative Sicherheitscheckliste gemäss WHO (roXtra) |
| | |
| **Standard 11 / 54** | |
| | CIRS Newsletter CPB / OSP-CCU |
| | |
| **Standard 25 / 66** | |
| | sanaCERT Schulung PPT Palliative Care |
| | Diverse Pflegerichtlinien |
| **Standard 28** | |
| | |
| **Standard 32 / 65** | |
| | Umsetzungskonzepte (Entwürfe) |
| | |
| **Standard 33** | |
| | Dashboard Auszug OSP / CCU |
| | |
| **Standard 52** | |
| | Broschüre \| Rechte der Bewohnenden |
| | Broschüre \| Rechte der Kundinnen und Kunden |
| | Richtlinie Bewegungseinschränkende Massnahmen Chüra stationär |
| | |
| **Standard 53** | |
| | Lobos – Schulungsplan Herbst 2023 |