



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



Center da sandà Engiadina Bassa Scuol (CSEB)

Bericht zum Überwachungsaudit 2024

vom 25. Oktober 2024

Auditor: Dr. med. Peter Ueberschlag

Bern, 21.11.2024

Auftrag AH 2024.13.02

Inhalt

	Seite
1 Einleitung	3
2 Auditteam	3
3 Auditziele	4
4 Normative Grundlage	5
5 Auditprogramm	6
6 Begehung	7
7 Ergebnisse des Audits	8
a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht	8
b) Allgemeine Überprüfung	9
c) Konsequenzen aus den Auflagen und Empfehlungen des Re-Zertifizierungsaudits 2023	10
d) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen	11
8 Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen	18
9 Auflagen	19
10 Empfehlungen	19
11 Anträge	19

1 Einleitung

Am 25.10.2024 hat der Auditor im Auftrag der Stiftung SanaCERT Suisse die Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems nach der dritten Re-Zertifizierung im Netzwerk des CSEB überprüft.

Erst-Zertifizierungs-Audit Ospidal	22./23.11.2006
Erstes Re-Zertifizierungs-Audit Ospidal	29./30.11.2011
CSEB im Netzwerk	
Erst-Zertifizierungsaudit	03./04.11.2014
Erstes Re-Zertifizierungsaudit	08./09.05.2018
Zweites Re-Zertifizierungsaudit	26./27.08.2020
Drittes Re-Zertifizierungsaudit	09./10.11.2023

Das aktuell gültige Zertifikat trägt das Datum vom 17.01.2024 und ist bis zum 10.02.2027 gültig.

Diese Überprüfung vom 25.10.2024 ist im Einzelnen im Spezialreglement der Stiftung SanaCERT Suisse für das Überwachungsaudit vom 04.11.2005 (zuletzt geändert am 14.09.2021) geregelt und entspricht der Norm ISO/IEC 17021-1:2015.

Die Überprüfung umfasst die folgenden Etappen:

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

2 Auditteam

Auditor Dr. med. Peter Ueberschlag, Leitender Auditor SanaCERT Suisse, St. Gallen

3 Auditziele

Der Auditor hatte zu beurteilen, ob das am 17.01.2024 von der Stiftung SanaCERT Suisse zertifizierte Qualitätsmanagementsystem des CSEB weiter funktioniert und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zum 10.02.2027 gegeben sind.

Der Auditor hatte insbesondere zu ermitteln:

1. Verfügt das Unternehmen weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen und strategischen Führung verankert ist?
2. Sind die acht Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit 2023 thematisiert, gegebenenfalls befolgt worden?
3. Haben sich seit dem letzten externen Audit im Jahr 2023 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit des Unternehmens ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?
4. Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?

Der Auditor hat die Möglichkeit, Auflagen auszusprechen. Auflagen sind angezeigt, wenn in der Bewertung von Kapitel 7 *Ergebnisse der Bewertung*, a) *Interne Audits und Selbstbewertungsbericht* und b) *Allgemeine Überprüfung* eine Anforderung vom Auditor als *nichtzutreffend* bewertet wird.

Der Auditor hatte ferner die Möglichkeit, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bis zur Re-Zertifizierung im Jahr 2027 zu formulieren. Empfehlungen sollen vom CSEB später thematisiert und, falls für nützlich befunden, umgesetzt werden.

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

4 Normative Grundlage

Das Unternehmen hat zu den nachfolgenden Standards einen Selbstbewertungsbericht eingereicht.

Qualitätsstandards für die Akutsomatik Version 24/2021
Qualitätsstandards für die Langzeitpflege Version 8.1/2021

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

5 Auditprogramm

Freitag, 25.10.2024

Grundlage	Selbstbewertungsbericht
Ort	Chasa Puntota
13:00 – 14:00	Beginn des Audits. Einsichtnahme durch den Auditor in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen (<i>gemäss Liste Aufgelegte Unterlagen zur Einsicht am Überwachungsaudit</i>)
14:00 – 14:15	Eröffnungssitzung: Zusammenkunft mit einer Vertretung der Unternehmensleitung und der Qualitätskommission, Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Spitaldirektor Rebekka Hansmann, Direktorin Chüra Walter Klötzli, Direktor Dienste Agnes Leu, Direktorin Clinica Curativa Andrea Eberhöfer, QB CSEB Marianne Florinett QB CSEB
14:15 – 15:00	Gespräch zum Grundstandard Qualitätsmanagement / Qualitätsentwicklung Teilnehmende: Joachim Koppenberg, Spitaldirektor Rebekka Hansmann, Direktorin Chüra Andrea Eberhöfer, QB CSEB Marianne Florinett, QB CSEB Ausgewählte Fragen zum Selbstbewertungsbericht:
15:00 – 15:25	Gespräch zur Arbeit an den Standards Standard: 7 Chirurgie Teilnehmende des CSEB: Alexander Kerber, Chefarzt Chirurgie QB's CSEB
15:30 – 15:55	Standard: 25/66 Palliative Betreuung Teilnehmende des CSEB: Christian Grabner, Leiter dezentrale Chüra Betriebe QB's CSEB
16:00 – 16:25	Standard: 32/65 Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz Teilnehmende des CSEB: Lukas Buchli, Pflegeexperte Rita Padrutt, dipl.PFP CPO Karin Primisser, BLr Spitex
16:30 – 17:15	Bewertung (<i>Auditor allein</i>)
17:15 – 17:45	Schlussgespräch: Abschliessende Zusammenkunft mit der Geschäftsleitung und der Qualitätskommission zur Information über die Ergebnisse des Audits und die Bewertung durch den Auditor/die Auditorin Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Spitaldirektor Rebekka Hansmann, Direktorin Chüra Agnes Leu, Direktorin Clinica Curativa Andrea Eberhöfer, QB CSEB Marianne Florinett, QB CSEB Rita Padrutt, dipl. PFP CPO Lukas Buchli, Pflegeexperte Christian Grabner, Leiter dezentrale Chüra Betriebe
17:45	Ende des Audits

Das Audit konnte plangemäss durchgeführt werden. Es kam zu keinen Abweichungen.

6 Begehung

Es fand keine Begehung statt.

7 Ergebnisse des Audits

a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht

Grundlage: Selbstbewertungsbericht des CSEB vom 20.08.2024 zu den 10 Standards (Version 24/2021 Akutsomatik / Version 8.1/2021 Langzeitpflege).

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

b) Allgemeine Überprüfung

Überprüfungsfrage	Antwort	Bemerkungen
<p>1. Beteiligung der obersten operativen Entscheidungsinstanz</p> <p>1.1 Ist das Thema Qualitätsmanagement bzw. Risikomanagement in den vergangenen zwölf Monaten anlässlich von Sitzungen der obersten operativen Entscheidungsinstanz traktandiert und behandelt worden?</p>	trifft zu	<p>GL: fortlaufend in einer Exceltabelle aufgelistet (letzte Eintragung 22.10.24: OB)</p> <p>Qualitätskommission: dito (letzte Eintragung 24.08.24: Konkret-ag)</p>
<p>2. Rückmeldungen (Beschwerden)</p> <p>2.1 Sind Rückmeldungen (Beschwerden) aus den vergangenen zwölf Monaten dokumentiert?</p>	trifft zu	Stichprobenartig eingesehen
<p>3. Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen</p> <p>3.1 Ist eine aktuelle Liste verfügbar?</p>	trifft zu	Liste wird fortlaufend geführt (letzte Eintragung 11.09.24)
<p>4. Organigramm</p> <p>4.1 Liegt ein aktuelles Organigramm der zertifizierten Einrichtung vor?</p>	trifft zu	Organigramm vom 01.07.24
<p>5. Funktionsbeschreibungen</p> <p>5.1 Sind für alle mit der Leitung und Koordination des Qualitätsmanagementsystems beauftragten Personen aktuelle Funktionsbeschreibungen verfügbar?</p> <p>5.2 Sind in den Funktionsbeschreibungen die Stellvertretungen geregelt?</p>	trifft zu trifft zu	

c) Konsequenzen aus den Auflagen und Empfehlungen des Re-Zertifizierungsaudits 2023

Auflagen

Es wurde keine Auflage ausgesprochen.

Empfehlungen

Nr.	Standard	Feststellung des Auditteams aus dem Re-Zertifizierungsaudit vom 09./10.11.2023	Empfehlung	Status/Bemerkungen
I.	0	ad 8.2 Ein eigentliches Konzept dazu ist nicht vorhanden. Die Mitarbeitenden sind aber gut über die Anstrengung zur Qualitätsentwicklung informiert (z.B. Mitarbeiter App <i>Beekeeper</i>).	Erstellen eines pragmatisch kurzen Konzeptes dazu.	Umgesetzt
II.	7	ad 6.1 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.	In Umsetzung
III.	7	ad 6.2 Mit der Bearbeitung der Daten aus der Datenbank AQC kann dieses Kriterium danach erfüllt werden.	Dem obengenannten Prozess ein PDCA-Kreislauf anhängen.	In Umsetzung
IV.	11	ad 3.4 Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen.	Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren.	In Umsetzung
V.	54	ad 3.4 Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen.	Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren.	In Umsetzung
VI.	32	ad 1.4 Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden.	PDCA-Kreislauf vollenden.	In Umsetzung
VII.	65	ad 1.4 Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden.	PDCA-Kreislauf vollenden.	In Umsetzung

VIII.	33	ad 1.4 Das Konzept konnte im Sinne des PDCA-Kreislaufes zeitlich noch nicht überprüft werden.	PDCA-Kreislauf schliessen.	In Umsetzung
-------	-----------	--	----------------------------	--------------

d) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen

Allgemeine Bemerkungen

Seit dem Re-Zertifizierungsaudit 2023 wurde im gesamten CSEB konsequent an der Qualität weitergearbeitet. Insbesondere ist zu bemerken, dass der Netzwerkgedanke im ganzen CSEB für das gesamte Kader, aber auch für alle Mitarbeitenden im Alltag einen festen, «selbstverständlichen» Platz eingenommen hat. Trotzdem wird dieser Netzwerkgedanke bewusst und konsequent durch die Geschäftsleitung gefordert und gefördert.

Ebenso wird ein grosses Augenmerk auf die Interdisziplinarität und Interprofessionalität bei der Bearbeitung der verschiedenen Standards SanaCERT Suisse gelegt.

Der personelle Wechsel bei der Verantwortlichen Qualität und Patientensicherheit mit dem Schwerpunkt Chüra konnte nahtlos vollzogen werden.

Natürlich ist der Fachkräftemangel auch im CSEB spürbar. Zudem hat die Motivation der Mitarbeitenden für die Arbeit an der Qualität leicht nachgelassen. Bei beiden Themen gibt aber die gesamte Geschäftsleitung und das übrige Kader soweit wie möglich Gegensteuer.

Die 11 Bereiche, welche den «Kreis» des CSEB bilden (einsehbar auf der Homepage), sind bereichsspezifisch in das Qualitätsmanagement einbezogen.

Der prägnante, gut strukturierte und für alle Standards gleiche Selbstbewertungsbericht liefert alle nötigen und geforderten Informationen.

Für das CSEB typisch fanden die Gespräche zu den einzelnen Standards in einer offenen Atmosphäre statt.

Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51: Qualitätsentwicklung

Teilnehmende: Joachim Koppenberg, Spitaldirektor | Rebekka Hansmann, Direktorin Chüra | Andrea Eberhöfer, QB CSEB | Marianne Florinett, QB CSEB

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- Wie wird den Mitarbeitenden die Arbeit an der Qualität «schmackhaft» gemacht
- Leitbilder
- ... «die Qualitätsbemühungen sind in einem Gesamtrahmen gesetzt» ...
- Wie wird die Koordination der Vorgaben umgesetzt:
 - vom Nationalen Qualitätsvertrag
 - von den Nationalen Qualitätsindikatoren
- Patientensicherheitsmanagement
- Welche Zertifikate werden/müssen angestrebt werden
- Q-Ziele -> Sollwerte
- Q-Dashboard: Problem der kleinen Menge
- IT-Tools (welche, wo eingesetzt, einheitlich, etc.)
- Pyramide des IT-Tools *Intrafox*
- Wie flossen die Ergebnisse der Internen Audits in den Selbstbewertungsbericht ein
- ... «zeitliche Abgeltungen wünschenswert» ... (z.B. festgehalten im Standard 7)
- PROMs und PREMs
- Stand im Projekt- und Prozessmanagement
- Umgang mit den 8 Empfehlungen
- Notwendigkeit von Zertifizierungen
- Aufwand und Nutzen
- «Kaderarztspflichtenheft»

Feststellungen des Auditors:

«Qualität quo vadis» -> das CSEB weiss was es will:

- Hat Visionen z.B. Standard 32/65
- Nützt die geografische Lage bewusst aus
- Ansätze: GL <-> Q-Kommission <-> Standardleitung <-> Mitarbeitende
- Hat das Ohr nahe an wichtigen Themen (NQV, NQI, etc. aber vor allem weit vorausschauend («hörend»)
- «immer wieder als Leuchtturm wirkend (z.B. Patientensicherheit)
- Die zahlreich gewonnen Awards sind «Abfallprodukte» (gemäss eigener Aussage) der Qualitätsarbeit
- Nützt die Möglichkeiten von IT-Tools überlegt und im Gesamtüberblick aus.
- Die Internen Audits haben an qualitativem Ausmass einen mehrwertbringenden Schwung bekommen (Motto: Qualität vor Quantität).
- Es wird bewusst an der Motivation aller Mitarbeitenden für die «Qualitätsarbeit» gearbeitet.
- PROMs und PREMs sind nicht nur auf dem «Radar» sondern in Bearbeitung
- Daten werden nicht nur zielbewusst erhoben sondern auch im Sinne des PDCA-Kreislaufes bearbeitet (z.B. CIRS: Medikamente in der Langzeit).
- Der PDCA-Kreislauf ist ein wichtiges und immer wieder angewandtes Instrument.

- Aufwand/Nutzen stehen immer im kritischen Fokus (z.B. neue erlassene Vorgabe des Kantons Graubünden zur «Zertifizierung» seiner Langzeiteinrichtungen durch die Firma Concret-ag).
- Die Eingliederung der SanaCERT Standards ins QMS des CSEB ist klar definiert, deren Platz ist bekannt.
- Klare Perspektive auf die nächsten 12-18 Monate => keine Perspektive, sondern klare Vorgaben sind bereits dazu ausgearbeitet.

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfänglich in Bearbeitung.

Ebenso ist festzustellen, dass die am Überwachungsaudit 2024 nicht explizit besprochenen Standards umfänglich in Bearbeitung sind.

Der Auditor spricht keine Auflage aus.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregung:

- «bewusst» keine Anregung, da das CSEB eben weiss was es will, nicht nur im Thema «Qualität».

Standard 7: Chirurgie

Teilnehmende: Alexander Kerber, Chefarzt Chirurgie

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- « ... Ziel die ständige Verbesserung der Abläufe bis zur nächsten Re-Zertifizierung im 2026 ... »
- Umsetzung der Worklist hervorgegangen aus dem Re-Zertifizierungsbericht 2023
- Anstehende Projekte
- Motivation der Mitarbeitenden für die Qualitätsarbeit
- Internes Audit <-> Pre-Season- / Post-Season-Besprechungen
- AQC: Stand heute
- Was wurde gemacht damit die Erfüllung und Durchdringung im Selbstbewertungsbericht je mit einer 4 bewertet wurde
- Ospidal Val Müstair (Schnittstellen)
- Auswahl von 5 Diagnosen zur «Überprüfung des Standards»
- Was wird aus den Kern-Team Sitzungen für diesen Standards mitgenommen

Feststellungen des Auditors:

Die Standardleitung weiss was sie will:

- Verbesserung der Abläufe
- Auswahl von 5 Diagnosen, welche durch ihre Möglichkeit zur Standardisierung einen Q-Gewinn bringen
- Es werden im Sinne des PDCA-Kreislaufes Lehren aus den Pre-Season- / Post-Season-Besprechungen gezogen
- Bei Projekten, welche für die Patientinnen und Patienten einen Qualitätsgewinn bringen: z.B. Umgestaltung der Informationen für Patientinnen und Patienten
- Outsourcing der orthopädischen Sprechstunde ins Ospidal Val Müstair
- Das Interne Audit wird mehrwertbringend genutzt
- Mögliche Hebel zu Qualitätsverbesserungen sind erkannt (z.B. WHO-Checkliste der Notfallpatientinnen und Patienten und deren sinnvolle Anwendung)
- ANQ-Messung zeigt die Wirkung der durchgeführten Q-Arbeit auf (z.B. die Hospitalisationsrate ist gesunken)
- AQC-Teilnahme ist aufgegleist

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfanglich in Bearbeitung.

Der Auditor spricht keine Auflage aus.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregung:

- «bewusst» keine Anregung, da die Standardleitung eben weiss was sie will.

Standard 25: Palliative Betreuung / Standard 66: Palliative Betreuung

Teilnehmende: Christian Grabner, Leiter dezentrale Chüra Betriebe

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- Mehrwert des neuen Konzeptes
- Anzahl von Patienten und Bewohnende im Palliativ-Setting 2023
- Grösster Hebel von Verbesserungsmaßnahmen in der Chasa Puntota
- Internes Audit
- «die stille Kraft» (Herausforderung und Resilienz des Pflegepersonals in der Sterbebegleitung)
- Unterschiede bei den beiden Standards 25/65
- Bedeutung, dass kein Palliativer Brückendienst Engiadina Bassa CSEB mehr angeboten wird
- Besprechen der Sollwerte bei den Zielen (Chüra)
- Entscheidungsfindung im Bereich Palliativ Care im CSEB

Feststellung des Auditors

Die Standardleitung weiss was sie will:

- Kennt die Anzahl von Patientinnen und Patienten/Bewohnenden/Kunden im Palliativ Setting
- Todesfälle werden alle visitiert und im Sinne des PDCA-Kreislaufes bearbeitet
- Schmerz ist das «wichtigste» Symptom
- Das ESAS wird konsequent angewendet
- Das neue Konzept: Es ist kompakter und für das ganze CSEB mit Einschluss der Entscheidungsfindung überarbeitet worden
- «die stille Kraft» die betroffenen Mitarbeitenden werden so geführt und begleitet
- Die neue Standardleitung ist mit «vollem Herzen» dabei

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfänglich in Bearbeitung.

Der Auditor spricht keine Auflage aus.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregung:

- «bewusst» keine Anregung, da die Standardleitung eben weiss was sie will.

Standard 32: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz / Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz

Teilnehmende: Lukas Buchli, Pflegeexperte | Rita Padrutt, dipl.PFP CPO | Karin Primisser, BLr Spitex

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- Einbezug eines spezialisierten Pflegeexperten: Stellenprofil
- SWOT-Analyse -> Handlungsfelder
- Was hat sich bewährt / was ist neu zu entwickeln
- Durchdringung 3 im Selbstbewertungsbericht
- Delir <-> Demenz
- Aus Internem Audit:
Thema Delir steht in der «Dringlichkeit» vor dem Thema Demenz (Akut)
Wichtigkeit der Biografie-Arbeit (Langzeit)
- Vision eines «demenzfreundlichenTals»

Feststellung des Auditors

Die Standardleitung weiss was sie will:

Einbezug eines spezialisierten Pflegeexperten: Stellenprofil Einsatz des neu eingebrachten zusätzlichen Fachwissens

- Einsatz des neu eingebrachten zusätzlichen Fachwissens
- Nach sorgfältiger SWOT-Analyse werden die daraus folgenden Themen der Handlungsfelder umgesetzt
- Die Punkte, welche die Überprüfung der Standardarbeit angewendet werden sollen, sind bekannt
- Delir <-> Demenz: klare Vorstellung wie damit in der Standardarbeit umgegangen werden soll und wird
- Bringt das Thema zu den Mitarbeitenden durch Pflegevisiten und Begleitung der Mitarbeitenden der Spitex
- Bringt das Thema zu den Mitarbeitenden: das Schulungsprogramm für 2025 (Thema Konzept und dessen Umsetzung) steht
- Die Mitarbeitende aller Professionen werden spezifisch in das Schulungsprogramm einbezogen

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfänglich in Bearbeitung.

Der Auditor spricht keine Auflage aus.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregung:

- «bewusst» keine Anregung, da die Standardleitung eben weiss was sie will.

8 Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen

Fragen	Antwort	Bemerkungen
1. <i>Verfügt das Unternehmen weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen (und strategischen) Führung verankert ist?</i>	Ja	
2. <i>Sind die acht Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit 2023 thematisiert, gegebenenfalls befolgt worden?</i>	Ja	
3. <i>Haben sich seit dem Audit im Jahr 2023 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit der Einrichtung ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?</i>	Nein	
4. <i>Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?</i>	ja	

9 Auflagen

Es wird keine Auflage formuliert.

10 Empfehlungen

Es wird keine Empfehlung formuliert.

11 Anträge

Gestützt auf die Ergebnisse des Überwachungsaudits vom 25.10.2024 stellt der Auditor der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

- 1) Die Zertifizierung des CSEB ist bis zum 10.02.2027 aufrecht zu erhalten.
- 2) Im Jahr 2025 ist ein weiteres Überwachungsaudit fällig.

Der Entscheid der Zertifizierungskommission basiert auf dem vorliegenden Bericht.