

Center da Sandà Engiadina Bassa

Pflegeheim „Chüra Lischana“, Scuol
Pflegegruppe „Prasas-chèr“, Scuol
Pflegegruppe „Chalamandrin“, Samnaun-Compatsch
Spitex Unterengadin

Bericht über die Ergebnisse des Erst-Zertifizierungs-Audits der Stufe 1 (Vor-Audit) vom 4. und 5. Dezember 2012

Auditor: Christoph Cottier, Burgdorf

Burgdorf, 24. Januar 2013

Inhalt

	Seite	
1	Ausgangslage	3
1.1	Anmeldung zur Zertifizierung und weiteres Vorgehen	3
1.2	Geplantes weiteres Vorgehen	4
1.3	Reglementarische und normative Grundlagen	4
1.4	Zweck des Erst-Zertifizierungs-Audits Stufe 1 (Vor-Audit)	5
1.5	Kurzbeschreibung der zu zertifizierenden Einrichtung	5
2	Ablauf des Erst-Zertifizierungs-Audit der Stufe 1 (Vor-Audit)	6
3	Ergebnisse der Überprüfung	9
3.1	Prüfung der Unterlagen	9
3.2	Allgemeine Stärken, Entwicklungspotential	12
3.3	Prüfung der Erfüllung der Standards	13
3.3.1	Grundstandard Qualitätsmanagement	13
3.3.2	Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	16
3.3.3	Standard 28: Decubitusvermeidung und -pflege	18
3.3.4	Standard 29: Sturzvermeidung	20
3.3.5	Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	22
3.3.6	Standard 53: Pflege und Betreuung	24
3.3.7	Standard 67: Kennzahlen	26
4	Empfehlungen	28
5	Antworten auf die Ausgangsfragen	29
6	Fazit	30

1 Ausgangslage

Im Gesundheitszentrum Unterengadin resp. Center da Sandà Engiadina Bassa (CSEB) sind folgende Institutionen unter dem Dach einer Stiftung vereint: Das Ospidal Scuol, die Betriebe Chüra mit den Spitex-Diensten Unterengadin, der Beratungsstelle Pflege und Betreuung, den Pflegegruppen „Prasas-chèr“ in Scuol und „Chalamandrin“ in Samnaun und dem Pflegeheim „Chüra Lischana“ sowie das Bogn Engiadina (Heilbad) mit seinen angegliederten Betrieben. Der Jahresbericht 2011 des CSEB vermittelt einen Einblick in die Arbeit der letzten 5 Jahre.

Zwischen den Gemeinden des Unterengadins und dem CSEB besteht seit 2007 eine Leistungsvereinbarung betreffend ambulante und stationäre Angebote für die Betreuung und Pflege von betagten und pflegebedürftigen Menschen.

Das Ospidal Scuol pflegt im Qualitätsmanagement seit 1998 eine Zusammenarbeit mit sanaCERT suisse (vormals VQG). Im November 2011 hat sich das Ospidal erfolgreich für folgende 8 Qualitätsstandards rezertifiziert: Grundstandard, Infektionsprävention und Spitalhygiene, Erhebung von Patientenurteilen, Schmerzbehandlung, Chirurgie, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Dekubitusvermeidung und -pflege und Sturzvermeidung.

Der Kanton Graubünden fordert im Rahmen der Betriebsbewilligung für Einrichtungen der Langzeitpflege die Messung von Indikatoren oder Kennzahlen unter anderem zu Sturz/Sturzprophylaxe und Dekubitusprophylaxe.

1.1 Anmeldung zur Zertifizierung und weiteres Vorgehen

Das CSEB setzt sich zum Ziel, in einigen Jahren die Verbundzertifizierung nach sanaCERT suisse für die Bereiche Ospidal, Langzeitpflege und Spitex-Dienste zu erreichen.

In einer ersten Phase streben die Langzeitpflege und die Spitex die Erstzertifizierung der Stufen 1 und 2 an.

Dabei werden:

- a) Die Standards überprüft, die auch für das Ospidal gelten. Zur Anwendung kommen hier die entsprechenden Standards für Spitäler und Kliniken von sanaCERT suisse, die in der Formulierung von den Standards für Langzeit abweichen, aber im Inhalt im Wesentlichen übereinstimmen. Auf die entsprechenden Standards der Langzeitpflege wird verzichtet, damit die Qualitätszirkel nur mit einem Standardtext arbeiten. Es sind dies der Grundstandard Qualitätsmanagement, der Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen, der Standard 28 Dekubitusvermeidung und -pflege und der Standard 29 Sturzvermeidung.¹

¹ Gültig ist die Normative Grundlage zur Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in Spitälern und Kliniken, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 19.0 vom 3. Dezember 2012

- b) In der Langzeitpflege und in den Spitex-Diensten werden folgende Standards zusätzlich zertifiziert ²: Standard 52 (Rechte der Bewohnerinnen), Standard 53 (Pflege und Betreuung) und Standard 67 (Kennzahlen). Diese drei Standards sind nach den Reglementen von sanaCERT suisse für eine Zertifizierung im Langzeitbereich obligatorisch.

Am 4. und 5. Dezember wurden kombiniert durch zwei Auditoren von sanaCERT suisse einerseits das Überwachungsaudit für das Ospidal und andererseits die Erst-Zertifizierung Stufe 1 für den Langzeitbereich und Spitex durchgeführt.

Am 1. Tag (4. Dezember) standen Gespräche mit den Standardverantwortlichen (Ausgangsgebende der Qualitätszirkel) auf dem Programm: Zuerst zu den Standards, die sowohl im Ospidal wie auch für den Langzeitbereich und die Spitex gelten (auch als Teil des Überwachungs-Audits) und in einem zweiten Teil zu den Standards, die nur im Langzeitbereich und in den Spitex-Diensten zur Anwendung kommen.

Die Berichterstattung zum Überwachungs-Audit des Ospidal erfolgt separat.

1.2 Geplantes weiteres Vorgehen

Als nächster Schritt steht die Erst-Zertifizierung Stufe 2 für Langzeitpflege und Spitex an.

Voraussetzung für die Verbundzertifizierung ist ein gemeinsames Qualitätsmanagement und der Nachweis, dass in den Standardgruppen (Q-Zirkel) von Grundstandard, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Dekubitusvermeidung und -pflege sowie Sturzvermeidung VertreterInnen sowohl des Ospidal, wie des Langzeitbereichs und der Spitex mitarbeiten.

Das Erst-Zertifizierungs-Audit der Stufe 2 im Langzeit- und Spitex Bereich ist 2013 vorgesehen. Die volle Verbundzertifizierung von Ospidal, Langzeitpflege und Spitex (gemeinsam an den gleichen zwei Audittagen) könnte 2014 erfolgen. 2014 läuft das Zertifikat des Ospidal ab.

1.3 Reglementarische und normative Grundlagen

EN ISO/IEC 17021:2011, 9.2.4 Erstzertifizierungs-Audit

sanaCERT suisse: Reglement über die Zertifizierung vom 10. Juni 2003 (revidiert am 13. Juni 2005, am 11. Dezember 2006 und am 3. März 2008)

sanaCERT suisse: Reglement über die Zertifizierung von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, vom 15. Juni 2009

sanaCERT suisse: Normative Grundlage zur Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in Langzeitpflegeeinrichtungen, Version 6.0 vom 3. Dezember 2012.

Kanton Graubünden, Verordnung zum Gesundheitsgesetz, 16. Dezember 2008.

² Die Nummerierung der Standards für Langzeitpflege hält sich an die Normative Grundlage zur Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in Langzeitpflegeeinrichtungen, Manual für die Selbst- und Fremdbewertung, Version 6.0 vom 3. Dezember 2012

1.4 Zweck des Erst-Zertifizierungs-Audits Stufe 1 (Vor-Audit)

Das Vor-Audit vom 4. und 5. Dezember diente der Klärung folgender Punkte (u.a. gemäss ISO/IEN 17021:2011, Kapitel 9.2.4):

- a. Sichtung der Dokumente und Unterlagen zum Qualitätsmanagementsystem des Center da Sandà Engiadina Bassa (CSEB);
- b. Beurteilung des Geltungsbereiches;
- c. Beurteilung, ob die Standards verstanden worden sind, ob das Qualitätsmanagementsystem funktioniert, ob Ziele und Prioritäten definiert sind, ob Prozesse der Selbstbewertung funktionieren;
- d. Voraussetzungen für eine Verbundzertifizierung der Bereiche Akutspital-, Langzeitpflege und Spitex überprüfen;
- e. Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen überprüfen.

1.5 Kurzbeschreibung der zu zertifizierenden Einrichtung

Die Stiftung CSEB sichert mit dem Ospidal Scuol, den Betrieben Chüra (mit den Spitex-Diensten Unterengadin, der Beratungsstelle Pflege und Betreuung, den Pflegegruppen „Prasas-chèr“ in Scuol und „Chalamandrin“ in Samnaun und dem Pflegeheim „Chüra Lischana“) sowie dem Bogn Engiadina (Heilbad) mit seinen angegliederten Betrieben einen wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung des Unterengadins.

Das CSEB wird vom Stiftungsrat geführt. Für das operative Geschäft sind der Vorstand und die Geschäftsleitung zuständig.

Im Ospidal sind 137 Mitarbeitende beschäftigt.

In der Chüra (Bereiche Beratungsstelle, Langzeitpflege und Spitex) arbeiten 80 Mitarbeitende.

Die Chüra umfasst die Beratungsstelle, die Spitex-Dienste, die Pflegegruppe Prasa-chèr mit 9 Betten, die Pflegegruppe Chalamandrin mit 6 Betten und das Pflegeheim Chüra Lischana mit 22 Betten.

Für die Pflegegruppen gilt das Hausarztmodell. Für die Chüra Lischana stellt das Ospidal einen Heimarzt.

Die Bereiche Ospidal und Chüra sind in ein gemeinsames Qualitäts-Management eingliedert. Verantwortlich für das Q-Management ist Frau Uschi Cadonau.

2 Ablauf des Erst-Zertifizierungs-Audit der Stufe 1 (Vor-Audit)

- a) Überwachungsaudit Ospidal Scuol
- b) Erst-Zertifizierungsaudit Stufe I Chüra (Langzeit und Spitex) ¹

¹ Pflegeheim Chüra Lischana, Pflegegruppen Prasad-chèr in Scuol, Chalamandrin in Samnaun-Compatsch, Spitex-Dienste Unterengadin

Auditoren	PD Dr. med. Christoph Cottier, Geschäftsleiter sanaCERT suisse, Burgdorf BE Dr. med. Peter Ueberschlag, Projektleiter sanaCERT suisse (nur am 4.12.2012), St. Gallen, SG
Grundlagen	Selbstbewertungsbericht des Ospidal Scuol Dokumente CSEB vom 15.10.2012, Unterlagen am Audittag

Dienstag 4. Dezember 2012

12.00 – 13.45	Ospidal Scuol. Beginn des Audits. Einsichtnahme durch die Auditoren in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen (<i>gemäss Liste aufgelegte Unterlagen zur Einsicht am Audittag</i>)
13.45 – 14.00	Eröffnungssitzung: Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitung CSEB und des Qualitätsmanagements Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits
14.00 – 14.45	Gespräch zum Grundstandard Qualitätsmanagement ²⁾ Teilnehmende: Joachim Koppenberg, Marianne Sägesser, Verena Schütz, Uschi Cadonau
14.45 – 16.15	Gespräch zur Arbeit an den Standards Standard 11 -Umgang mit kritischen Zwischenfällen ²⁾ <u>Teilnehmende:</u> Joachim Koppenberg, Marianne Sägesser, Hedy Brunner, Uschi Cadonau, Christoph Weiss, Berta Prevost, Sanne Giermann Standard 28 Dekubitusvermeidung und -pflege ²⁾ <u>Teilnehmende:</u> Christine Colcuc , Berta Prevost, Gian Flury, Annina Janett ,

	<p>Gerhard Lühn , Samantha Ieronimo</p> <p>Standard 29 Sturzvermeidung²⁾</p> <p><u>Teilnehmende:</u> Marianne Sägesser, Gian Flury ,Clemens Neumeier, Berta Prevost, Esther Zanetti, Theresia Burgmann, Gaby Schmid</p> <p>²⁾ Diese Standards gelten sowohl für das Ospidal wie für die Chüra (Langzeit und Spitex)</p>
16.15- 16.30	Pause
16.30 – 18.00	<p>Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner</p> <p><u>Teilnehmende:</u> Verena Schütz, Samantha Ieronimo, Markus Jochberger, Sanne Giermann</p> <p>Standard 53 Pflege und Betreuung</p> <p><u>Teilnehmende:</u> Berta Prevost, Elfriede Patscheider, Romana Riedl, Christine Gaudenz, Markus Jochberger</p> <p>Standard 67 Kennzahlen</p> <p><u>Teilnehmende:</u> Verena Schütz, Uschi Cadonau</p>
18.00	Bewertung (<i>Auditoren allein</i>)
18.30	Übergabe Detailplan für Begehungen am 5.12.2012

Mittwoch, 5. Dezember 2012

08.00	Ospidal Scuol: Überprüfung Organisation Begehungen
	Transfer und Begleitung: Verena Schütz, Uschi Cadonau
08.00	<p>Begehung Chüra Lischana in Scuol</p> <p><u>Befragte:</u> Susanne Stürm, Assistenzärztin; Irène Bruderer, Pflegefachfrau; Angelika Noggler, Pflegehelferin; Noëmi Thanei FAGE</p> <p>Pflegedokumentation Decubitus (Phoenix) eingesehen</p>
	Transfer
09.00	<p>Begehung Prasas-chèr in Scuol</p> <p><u>Befragte:</u> Annina Janett, Pflegefachfrau; Vreni Salis, Pflegefachfrau/ Bereichsleiterin; Elfrieda Patscheider , FAGE</p> <p>Pflegedokumentation (Phoenix) eingesehen, CIRS Meldungen, 2 Be-</p>

	wohner Dossiers
	Transfer
10.00	<p>Begehung Spitex</p> <p><u>Befragte</u>: Gaby Schmid, Pflegefachfrau; Samantha Ieronimo, Pflegefachfrau Einsatzleitung/Bereichsleiterin; Martina Guidon, Pflegehelferin</p> <p>Eingesehen: 2 Kundendossiers bezüglich Risikoeinschätzung Sturz. 2 Dossiers RAI Pflegedokumentationen, Pflegeplanung</p>
11.15	Mittagessen Scuol
	Transfer
13.00-13.45	<p>Begehung Chalamandrin in Samnaun-Compatsch</p> <p><u>Befragte</u>: Doris Larcher, Pflegefachfrau/Bereichsleiterin; Elfrieda Patsch, Pflegehelferin</p> <p>Eingesehen: 1 Bewohner Dossier (Phoenix), eine BESA Pflegedokumentation</p>
	Transfer
16.00-16.30	Schlussgespräch : Ospidal Scuol. Abschliessende Zusammenkunft mit einer Delegation der Geschäftsleitung CSEB, des Qualitätsmanagements, weiteren Interessierten über die Ergebnisse des Audits und die Bewertung durch die Auditoren.
16.30	Ende des Audits

3 Ergebnisse der Überprüfung

3.1 Prüfung der Unterlagen

Standard	Unterlage <i>(fett = unabdingbare Voraussetzung für die Zertifizierung)</i>	vorhanden	überprüft / eingesehen Bemerkungen
Grundstandard Qualitätsmanagement	Leistungsvereinbarung mit Angaben zur Qualitätssicherung	ja	Leistungsvereinbarung zwischen Gemeinden Unterengadin und dem CSEB betreffend ambulante und stationäre Angebote für die Betreuung und Pflege von betagten und pflegebedürftigen Menschen 9.11.2011, Teil 6.
	Organigramm des Center da Sandà Engiadina Bassa	ja	
	Organigramm Qualitätsmanagement	ja	Stand 10.10.12 Stellenbeschreibung QM 17.10.12
	Reglement zum Qualitätsmanagement	ja	Reglement Qualitätsmanagement, gültig ab 1.1.2011
	Qualitätsleitsätze	ja	Qualitätsbericht 2011
	Heimordnung	ja	
	Ordner mit Rückmeldungen der vergangenen 12 Monate	nein	Entwurf zum Beschwerdereglement, Stand 22.7.2012 Messung Zufriedenheit Langzeitpflege 2011 eingesehen Umfrage Kunden Spitex 2012 , Auswertung 2013 Befragungen Angehörige 2011, Bewohner 2011 Chüra ANQ 5 Fragen 2011 NPO Plus 2011
	Berichte über die Ergebnisse Interner Audits	ja	Selbstbewertungsbericht
	Fort- und Weiterbildungskonzept	ja	
	Fort- und Weiterbildungsplanung bzw. -programm, bezogen auf die Prioritäten der Qualitätsentwicklung	ja	Stand 15.11.2011 Weiterbildungsprotokolle Durchgeführte Fort- Weiterbildungen

Standard	Unterlage <i>(fett = unabdingbare Voraussetzung für die Zertifizierung)</i>	vorhanden	überprüft / eingesehen Bemerkungen
	Qualitätsbericht	ja	Qualitätsbericht 2011
	Nachweise über erfolgte Management-Review	ja	
	Qualitätsziele und Prioritäten	ja	Qualitätsziele bis Ende 2014, Stand 22.10.2012
	Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen	ja	Aktualisiert 16.1.2012
	Protokolle der Sitzungen der Qualitätskommission	ja	Protokolle Besprechung aller Standard-Kernteams eingesehen
Standard 52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	Dokument über die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	ja	Broschüre „Rechte unserer Bewohner“; Broschüre „Hinhören, Mitdenken, Unterstützen“ Projektbeschreibung 3.3.2011, Auftrag Selbstbewertung Zwischenbericht 3.10.12
	Richtlinie zur Gewährleistung der Privatsphäre	ja	Schulungsunterlagen, Ordner Sitzungsprotokolle Checkliste Einführung neue Mitarbeitende Chüra Algorithmus Aufnahmeverfahren Spitex Infoblatt Spitex
	Richtlinie zum Umgang mit Patientenverfügungen	ja	Richtlinie für verantwortliches Handeln gegenüber Bewohnerinnen und Bewohner, 1.3.2012
	Richtlinie zum Umgang mit Verweigerung von Therapie und von Einnahme von Nahrung, Medikamenten, Flüssigkeit	ja	Richtlinie für verantwortliches Handeln gegenüber Bewohnerinnen und Bewohner, 1.3.2012
	Regelung der gesetzlichen Vertretung	ja	Richtlinie für verantwortliches Handeln gegenüber Bewohnerinnen und Bewohner, 1.3.2012
	Palliativbetreuungskonzept bzw. -standard	nein	Angesprochen in der Richtlinie für verantwortliches Handeln gegenüber Bewohnerinnen und Bewohner, 1.3.2012
Standard 53 Pflege und Betreuung	Pflege- und Betreuungskonzept	ja	Pflegeleitbilder Pflegekonzept Pflegeprozesse Auswertungen interne Audits getrennt für jede Einheit Selbstbewertungsbericht
	Pflegestandards und Handlungsanweisungen	ja	Pflegestandards: Beispiel Demenz Schulungsunterlagen

Standard	Unterlage <i>(fett = unabdingbare Voraussetzung für die Zertifizierung)</i>	vorhanden	überprüft / eingesehen Bemerkungen
Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Umschreibung des Begriffs „Kritischer Zwischenfall“	ja	Konzept, Projektauftrag 9.9.2010 Selbstbewertungsbericht
	Beschreibung des Meldeweges	ja	
	Protokolle von Besprechungen kritischer Zwischenfälle	ja	Protokolle eingesehen; vorwiegend Meldungen aus dem Ospidal
	Beispiele von bearbeiteten Fällen	ja	Ordner Protokolle
	Schriftliches Informationskonzept	ja	
	Nachweise für Fortbildungen	ja	Befragung Mitarbeitende Fort-Weiterbildung, Schulungsunterlagen
Standard 28 Dekubitusvermeidung	Richtlinien zur Beurteilung der Gefährdung	ja	Projektbeschreibung Organisation
	Handlungsrichtlinien Decubitusvermeidung	ja	Pflegestandard Handlungsanweisung Dekubitus (Spitex)
	Datenerfassung	ja	Algorithmus Zwischenbericht, Projektstatus Selbstbewertungsberichte Schulungsunterlagen Dekubitusratgeber zu Hause (Spitex)
Standard 29 Sturzvermeidung	Konzept zur Sturzvermeidung	ja	Konzept Sturzvermeidung, April 2011 Projektbeschreibung Pflegestandard, Entwurf Chüra
	Dokumentation von Beispielen für Massnahmen zur Sturzvermeidung	ja	
	Sturzereignisprotokolle		
	Erhobene Sturzzahlen mit Kommentaren	ja	
	Verletzungsindex	ja	
	Nachweise für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	ja	Schulungsunterlagen
	Kennzahlentabelle	ja	ANQ, Befragung 2011: Ordner mit Auswertung eingesehen

3.2 Allgemeine Stärken, Entwicklungspotential

Stärken

- Die Stiftung sanaCERT suisse hat bisher noch nie im Verbund Einrichtungen der akut-medizinischen Versorgung, der Langzeitpflege und der Spitex zertifiziert. Das Center da Sandà Engiadina Bassa (CSEB) beschreitet damit Neuland und beweist Selbstvertrauen und Mut.
- Im Gespräch mit den Standardverantwortlichen zeigte sich, dass die Vorteile einer Zusammenarbeit zwischen Spital, Langzeitpflege und Spitex unter dem Dach eines gemeinsamen Qualitätsmanagements gut genutzt und von den Mitarbeitenden geschätzt werden. Die Synergien werden mit Augenmass erreicht. Das heisst, dort wo eigenständige Lösungen für den jeweiligen Bereich vorteilhafter sind, wird die Vereinheitlichung nicht erzwungen.
- Dem Auditor ist die sorgfältige und ausführliche Dokumentation der Arbeit im Qualitätsmanagement aufgefallen.
- Zu jedem Standard stand dem Auditor ein Selbstbewertungsbericht zur Verfügung, der unter anderem Auskunft gab zu Zielerreichung, Durchdringung, Schnittstellen, Highlights, Schwierigkeiten, getroffene Massnahmen, Resultate und Analysen. In der Selbstbewertung wird offen dargelegt, wo die Ziele noch nicht erreicht sind.
- Die Selbstevaluation erfolgte in den Bereichen der Langzeitpflege für jede Einheit separat.

Entwicklungspotenzial

- Das Klinikinformationssystem des Ospidal (Phoenix) ist nicht für die Langzeitpflege entwickelt worden und zeigt hier gewisse Schwächen. Hier sind, unter Abwägung von Aufwand und Nutzen, wesentliche Verbesserungen möglich.
- Die Einführung von gleichzeitig bis fünf Qualitätsstandards im Langzeitbereich hat die Mitarbeitenden an die Grenzen der Belastbarkeit geführt. Der Auditor empfiehlt im Qualitätsmanagement allgemein das Tempo etwas zu drosseln.
- Das CSEB ist daran, ein eigenes Konzept zur Leistungserfassung mit Kennzahlen und Indikatoren zu entwickeln (Quality-Dashboard). Der Auditor empfiehlt, sorgfältig Aufwand und Nutzen abzuwägen und nur diejenigen Kennzahlen zu verfolgen, die entweder von der Behörde gefordert, für die Führung des Unternehmens wesentlich oder in der Qualitätsentwicklung bedeutsam sind.

3.3 Prüfung der Erfüllung der Standards

3.3.1 Grundstandard Qualitätsmanagement

Leiter Qualitätszirkel Philipp Gunzinger, Direktor CSEB

Mitglieder: Marianne Sägesser, PDL Ospidal; Joachim Koppenberg, Direktor Ospidal; Verena Schütz, Direktorin Chüra; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital, Einrichtungen Langzeitpflege und Spitex
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - nicht er- füllt</i>	Was noch zur Erfül- lung fehlt
1. Das Spital ³ nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung wahr. Die oberste operative Führungsebene setzt Qualitätsziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die Arbeiten an der Qualitätsentwicklung. Die Zielerreichung wird gemessen, notwendige Anpassungen werden eingeleitet.	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsziele sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen. - Das Spital verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung. - Prioritäten für die Qualitätsentwicklung sind bestimmt. - <i>Mindestens ein auf die Qualitätsziele bezogenes Ergebniskriterium wird gemessen.</i> 	erfüllt	
2. Das Spital hat die Richtlinien zum Qualitätsmanagement dokumentiert. Das Qualitätsmanagement motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlinien zum Qualitätsmanagement sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich. - <i>Mitarbeitende kennen die für sie relevanten Richtlinien.</i> 	erfüllt	
3. Die Qualitätskommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Ihre Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ein Organigramm der Qualitätsstrukturen gibt Auskunft über die Funktion und Rolle der Qualitätskommission.</i> - <i>Ein schriftlicher Auftrag bzw. ein Reglement für die Qualitätskommission ist vorhanden.</i> - <i>Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätskommission.</i> 	erfüllt	
4. Das Spital hat Qualitätsbeauftragte ernannt. Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Eine Funktionsbeschreibung des bzw. der Qualitätsbeauftragten ist vorhanden.</i> 	erfüllt	

³ Anstelle des Begriffs „Spital“ könnte für die Verbundzertifizierung „CSEB“ verwendet werden

<p>5. Die Mitglieder der Qualitätskommission, die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden für ihre Aufgaben fort- und weitergebildet. Es besteht eine Fort- und Weiterbildungsplanung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ein Fort- und Weiterbildungsplan ist vorhanden.</i> - <i>Stattgefundene Fort- und Weiterbildungen werden ausgewiesen.</i> 	<p><i>erfüllt</i></p>	
<p>6. Alle eingegangenen Beschwerden über das Spital und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Eine Dokumentation ist vorhanden.</i> - <i>Erfolgte Korrekturmassnahmen sind dokumentiert.</i> - <i>Nachweise, dass die Korrekturmassnahmen innert der vorgesehenen Fristen erfolgt sind und dass deren Wirksamkeit überprüft worden ist, sind vorhanden.</i> 	<p><i>für Chüra nicht erfüllt</i></p>	<p><i>Entwurf zum Beschwerdemanagement vom 22.7.2012, Richtlinie noch nicht in Kraft gesetzt</i></p>
<p>7. Das Spital erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Dazu unterzieht es sich periodisch einer Fremdbewertung. Das Spital informiert gegen innen und aussen über seine Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ein Qualitätsbericht liegt vor.</i> - <i>Eine Liste der erfolgten amtlichen Kontrollen und Inspektionen mit den Namen der verantwortlichen Personen im Spital, dem Datum der letzten erfolgten Kontrolle und dem Datum des Inspektionsberichtes liegt vor.</i> - <i>Informationsanlässe für Mitarbeitende finden periodisch statt.</i> 	<p><i>erfüllt</i></p>	

Wie aus der Tabelle unter 3.1. ersichtlich, sind die für die Erfüllung der Vorgaben dieses Standards geforderten Dokumente weitgehend vorhanden. Noch fehlen die Inkraftsetzung der Richtlinie Beschwerdemanagement, die zentrale Zusammenstellung der Rückmeldungen mit Nachweis der Bearbeitung und eventuell ergriffener Korrekturmassnahmen.

Während der Begehung konnte sich der Auditor davon überzeugen, dass die Mitarbeitenden zum Qualitätsmanagement gut Bescheid wussten. Die Informationen über Mail und in der Form der Direktionsinformationen bewähren sich. Besonders in der Pflegegruppe Samnaun wurde der Nutzen der engen Zusammenarbeit als sehr nützlich beschrieben. Der Zugang zu pflegerischem Wissen und Können habe sich in den bearbeiteten Themen sehr verbessert.

Auffallend ist die Selbstverständlichkeit, mit der die Arbeit in den Standards im Sinne des Qualitätszyklus (P-D-C-A) überprüft wird und die Prinzipien der „Lernenden Organisation“, die sich ständig verbessert, umgesetzt werden. Hier ist eine Kultur, die im Ospital seit Jahren gepflegt wird, erfolgreich von den Bereichen Langzeitpflege und Spitex übernommen worden.

Dem Auditor ist aufgefallen, dass die Projektaufträge für die Arbeit an den Qualitätsstandards zeitlich begrenzt sind. Er regt an, dass diese zeitliche Begrenzung aufgehoben wird und das Projekt so lange weitergeht, als der Qualitätsstandard gültig bleibt.

Die Erfassung der in der Umsetzung der Qualitätsstandards aufgewendeten Arbeitsstunden ist eine wichtige Voraussetzung, dass Aufwand und Nutzen der Qualitätsarbeit realistisch eingeschätzt werden kann.

Für 2013 ist die nächste Mitarbeiterbefragung geplant. Eine neue kantonale Besoldungsregelung hat diese Verzögerung verursacht.

Der Auditor regt weiter an, im Beschwerdekonzzept explizit den Umgang mit Lob zu regeln.

Der Auditor empfiehlt, die übergeordneten Qualitätsziele des Gesamtunternehmens auf die einzelnen Bereiche als Teilziele herab zu brechen. Während der Begehung waren die Jahresziele des CSEB den Mitarbeitenden zum Teil nicht bekannt. So könnte zum Beispiel das Ziel „Zufriedene Mitarbeiter“ im Mitarbeitergespräch thematisiert werden.

.

3.3.2 Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Leiterin Qualitätszirkel

Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB

Mitglieder

Kerngruppe Ospidal: Joachim Koppenberg, Chefarzt Anästhesie; Christoph Weiss, Leitender Arzt Medizin; Jonny Berkvens, Leitung OP; Hedy Brunner, Hebamme; Marianne Sägesser, PDL
Kerngruppe Langzeitpflege/Spitex: Sanne Giermann, Bereichsleiterin Chüra Lischana; Berta Prevost, Fachverantwortliche Pflege; Samantha Ieronimo, Einsatzleitung Spitex

Beratende Funktionen

Markus Grill, EDV
 Je nach Vorfall

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital, Einrichtungen Langzeitpflege und Spitex
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist.	– Eine Umschreibung des am Spital verwendeten Begriffs „Kritischer Zwischenfall“ liegt vor.	erfüllt	
2. Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen.	– Ein Konzept zur Frage, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt, ist vorhanden. Der Meldeweg ist dokumentiert. – <i>Kritische Zwischenfälle werden erhoben und dokumentiert.</i> – <i>Kritische Zwischenfälle werden analysiert. Die Teams, welche die Meldungen bearbeiten und deren Ursachen analysieren, sind definiert.</i> – <i>Die interne und externe Kommunikation von kritischen Zwischenfällen, deren Analyse und entsprechender Empfehlungen bzw. Richtlinien zu deren Vermeidung ist sicher gestellt.</i> – <i>Auskunftspersonen wussten gut Bescheid.</i>	erfüllt	
3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.	– <i>Die Umsetzung des Konzepts wird überprüft.</i> – <i>Wissensstand und Compliance der Mitarbeitenden werden periodisch überprüft.</i>	erfüllt	

<p>4. Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritischen Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Protokolle von Besprechungen liegen vor.</i> - Die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals ist involviert. 	<p><i>erfüllt</i></p>	
--	--	-----------------------	--

Die Tabelle unter 3.1. zeigt, dass die für die Erfüllung der Vorgaben dieses Standards geforderten Dokumente vorhanden sind.

In diesem Standard zeigt sich, dass das Ospidal eine lange Erfahrung im Umgang mit kritischen Zwischenfällen hat. Die Arbeit am Standard wurde 2005 begonnen.

In den Pflegegruppen und der Spitex sind bisher wenig Meldungen über kritische Zwischenfälle eingegangen sind. Die Standardverantwortlichen sind sich bewusst, dass der Aufbau einer Sicherheitskultur Zeit braucht. Voraussetzung ist die regelmässige Schulung der Mitarbeitenden auch im Spitex-Bereich. Die ersten Erfahrungen haben gezeigt, dass ein eigener Meldekreis für die Chüra nicht sinnvoll ist. Die Integration in den entsprechenden Meldekreis des Spitals scheint dem Auditor eine sinnvolle Massnahme zu sein.

Die Anpassung der Organisation im Standard Umgang mit kritischen Zwischenfällen an die Bedürfnisse kleiner Betriebseinheiten (wie Prasad-chèr oder Chalamandrin) ist noch nicht abgeschlossen. Es stellt sich hier vor allem die Frage, wie die Anonymität des Meldenden sichergestellt werden kann.

Das interne Audit 2012 und Befragungen der Mitarbeitenden hatten ergeben, dass weitere Schulungen nötig sind, um den Wissensstand auf ein wünschbares Niveau zu bringen.

Die Regelung der Frage, in welchen Fällen Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige über aufgetretene kritische Zwischenfälle informiert werden, soll im Jahr 2013 bearbeitet werden.

3.3.3 Standard 28: Decubitusvermeidung und -pflege

Leiterinnen Qualitätszirkel Berta Prevost, FVP Chüra; Christine Colcuc, Pflegefachfrau Ospidal

Mitglieder Ospidal: Gian Flury, Dr. med., Ospidal
Chüra: Doris Larcher, PG Samnaun; Annina Janett, PG Prasad-chèr;
Gerhard Lühn, PH Chüra Lischana; Samantha Ieronimo, Spitex;

Beratende Funktionen Marianne Sägesser, PDL Ospidal; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital, Einrichtungen Langzeitpflege und Spitex
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - nicht er- füllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt Bemerkungen
<p>1. Jede Patientin und jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Decubitusgefährdung vorliegen könnte.</p> <p>Diese Beurteilung findet sofort nach dem Eintritt statt und wird in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderung der Mobilität, der Aktivität und des Druckes wiederholt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlinien zur Beurteilung der Decubitusgefährdung sind vorhanden. - <i>Die Richtlinien sind instruiert.</i> - <i>Aktuelle, systematische Einschätzungen der Decubitusgefährdung liegen vor.</i> 	<i>erfüllt</i>	<i>Lückenlose Erfassung der Einschätzungen und Massnahmen in der Pflegedokumentation</i>
<p>2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Decubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Die Patientinnen und Patienten sind informiert und instruiert.</i> - <i>Ergebnisse von Überprüfungen des Kenntnisstandes bei den Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden liegen vor.</i> 	<i>erfüllt</i> <i>nicht erfüllt</i>	<i>Befragungen</i>
<p>3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Decubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Prophylaxe, Therapie und Pflege orientieren sich an für das gesamte Spital</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Die durchgeführten Risiko vermindernenden Massnahmen sind dokumentiert.</i> - Handlungsrichtlinien für die Prophylaxe, Erkennung, Therapie und Pflege des Decubitus sind verfügbar. - <i>Diese sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden angewendet. Die Anwen-</i> 	<i>erfüllt</i>	<i>Lückenlose Erfassung der Einschätzungen und Massnahmen in der</i>

bzw. Heim verbindlichen Handlungsrichtlinien.	<i>dung wird überprüft.</i>		<i>Pflegedokumentation</i>
4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden sind in der Lage, das Decubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Vermeidung und Heilung von Decubitus und kennen ihre Kompetenzen zur Decubitusbekämpfung.	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Weiterbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.</i> 	<i>nicht erfüllt</i>	<i>Evaluation</i>
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden gemeinsam beurteilt	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Ein Datenerfassungs-Formular wird angewendet und ausgewertet. Die Erfassung wird auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.</i> – <i>Die Ergebnisse werden beurteilt. Protokolle der Besprechungen liegen vor.</i> – <i>Falls notwendig werden Verbesserungs-massnahmen eingeleitet.</i> 	<i>nicht erfüllt</i>	<i>Lückenlose Erfassung der Einschätzungen und Massnahmen in der Pflegedokumentation</i>

Die Tabelle im Abschnitt 3.1. zeigt, dass die für die Erfüllung der Vorgaben dieses Standards geforderten Dokumente vorhanden sind.

Der volle Zugang der Langzeitpflege zum Klinikinformationssystem Phoenix sichert den vollen Informationsaustausch zwischen Akutmedizin und der Langzeitpflege.

In der Begehung zeigte sich, dass in der Risikoeinschätzung die ärztliche Mitarbeit ausserhalb der Chüra Lischana noch nicht selbstverständlich ist. Der Auditor regt an, dass das Thema Dekubitusvermeidung und -pflege in die Fortbildung für Hausärzte aufgenommen wird und die Spitex und Langzeitpflege in der Fortbildung ihre Anliegen klar formulieren. Die Information der Bewohner und Angehörigen mit Broschüren und die entsprechende Kontrollen (zum Beispiel mit der Austrittscheckliste) haben sich gut eingespielt.

Der Auditor war beeindruckt, wie eingehend sich die Pflegefachleute mit dem Thema Decubitus auseinandergesetzt haben. Die ihm vorliegenden Evaluationen zum Wissen der Mitarbeitenden und zur Dokumentation der Pflegeplanung zeigten, wo noch Verbesserungspotential steckt. Der Auditor regt an, dass der Dokumentation des Assessments, Prophylaxe und Behandlung in der Pflegedokumentation noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Wünschbar wäre, dass für alle Handlungen klar nachweisbar ist, wer, was, wann gemacht hat.

Der Auditor regt an, dass die Weiterbildung und Schulung in diesem Bereich systematisch über mehrere Jahre geplant wird.

3.3.4 Standard 29: Sturzvermeidung

Leiterinnen Qualitätszirkel Berta Prevost, FVP Chüra; Marianne Sägesser, Ospidal

Mitglieder Ospidal: Dagmar Reich, Pflegefachfrau; Gian Flury, Dr. med., Innere Medizin; Clemens Neumeier, Dr. med., Innere Medizin; Elke Cloet, Physiotherapie

Chüra: Berta Prevost, FVP Chüra; Michaela Rückert, PH Chüra Lischana; Esther Zanetti, PG Prasad-chèr; Theresia Burgmann, PG Samnaun; Gaby Schmid, Spitex

Gültigkeitsbereich des Standards	Gesamtes Spital, Einrichtungen Langzeitpflege und Spitex
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind fett hervorgehoben.)</i>	<i>erfüllt - nicht erfüllt</i>	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Spital bzw. das Heim umschreibt, was unter einer freiheitseinschränkenden Massnahme zu verstehen ist.	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Umschreibung von freiheitseinschränkenden Massnahmen ist vorhanden. - Die Umschreibung ist den Mitarbeitenden bekannt. - Die Umschreibung ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Spitals bzw. des Heims genehmigt. 	<i>erfüllt</i>	
2. Das Spital bzw. das Heim regelt verbindlich Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung, Überwachung und Aufhebung der freiheitseinschränkenden Massnahme sowie die Dokumentation.	<ul style="list-style-type: none"> - Der Ablauf ist geregelt. Die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind geklärt. - Ablauf und Verantwortlichkeiten sind den beteiligten Mitarbeitenden bekannt. - Die Bedingungen, unter welchen freiheitseinschränkende Massnahmen angewendet werden können, sind definiert. - Die Bedingungen sind den Mitarbeitenden bekannt. - Die Massnahmen werden protokolliert. Die Protokolle sind vollständig und einheitlich. - Vor dem Einleiten einer Massnahme findet zwingend ein Gespräch mit dem Patienten/der Patientin, ev. den Angehörigen statt. (Ausgenommen sind Notfallsituationen: nach solchen findet ein Gespräch mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter zum nächstmöglichen Zeitpunkt statt.) - Bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern werden Angehörige bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Massnahmen informiert. Die Information wird dokumentiert. 	<i>erfüllt</i>	Lückenlose Erfassung der Einschätzungen und Massnahmen in der Pflegedokumentation
3. Das Konzept wird in regelmässigen Abständen evaluiert. Seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und An-	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zielerreichung wird gemessen, ausgewertet und beurteilt. - Ein Erfassungsprotokoll kommt zum Einsatz. 	<i>nicht erfüllt</i>	

gemessenheit wird überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> - Die Kontrolle der richtigen und vollständigen Anwendung der Konzepte ist gewährleistet. - Mindestens eine Evaluation wird nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden. 		
4. Das Verständnis und das Einverständnis der Mitarbeitenden und der Angehörigen mit dem Konzept werden regelmässig überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> - Erhebungen der Urteile von Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen werden durchgeführt. 	nicht erfüllt	
5. Die Mitarbeitenden werden regelmässig über den Stand der Arbeiten, über die Ergebnisse der Überprüfungen und über ausserordentliche Ereignisse im Zusammenhang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen informiert.	<ul style="list-style-type: none"> - Protokolle von Besprechungen liegen vor. - Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet. - Der Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen wird in Aus- und Weiterbildungsangeboten thematisiert. 	erfüllt	

Die Tabelle unter 3.1. zeigt, dass die für die Erfüllung der Vorgaben dieses Standards geforderten Dokumente vorhanden sind.

Während der Begehung konnte sich der Auditor von einer guten Fachkompetenz der Mitarbeitenden rund um das Thema Sturzprävention überzeugen.

Der Auditor empfiehlt, dass die getroffenen Massnahmen zur Sturzprävention regelmässig mit Datum und Name in der Pflegedokumentation vermerkt werden. Für die Spitex gilt die gleiche Empfehlung für die Dokumentation auf Papier.

In den Spitex-Diensten orientiert die Einsatzleitung die Hausärzte, Hausärztinnen, wenn eine erhebliche Sturzgefährdung beobachtet wird. Diese Lösung scheint dem Auditor sinnvoll, da damit, im Sinne eines Filters, nur die Meldungen an den Hausarzt gelangen, die ärztliches Handeln zur Folge haben.

Der Auditor regt an, dass die Ziele und der Inhalt der Schulung in diesem Bereich überprüft werden.

Entwicklungspotential sieht der Auditor im Miteinbezug der Angehörigen in der Sturzprophylaxe.

3.3.5 Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Leiterinnen Qualitätszirkel	Verena Schütz, Direktorin Chüra
Mitglieder	Tina Pali, PG Prasad-chèr Scuol; Markus Jochberger, PG Chalamandrin Samnaun; Sanne Giermann, PH Chüra Lischana; Samantha Ieronimo, Spitex
Beratende Funktionen	Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte CSEB

Gültigkeitsbereiche	Einrichtungen Langzeitpflege und Spitex (Betriebe Chüra)		
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Die fett hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)</i>	erfüllt – nicht erfüllt	Bemerkungen
1. Die Einrichtung verfügt über ein Dokument, das die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Bezugspersonen erläutert.	- Das Dokument wird jedem Bewohner und jeder Bewohnerin beim Eintritt in die Einrichtung abgegeben.	erfüllt	
	- Neu eintretende Mitarbeitenden werden in die Rechte eingeführt.	erfüllt	
2. Pflege und Betreuung respektieren die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner	- Die Mitarbeitenden ermitteln und erkennen, welche Art der Privatsphäre die Bewohnerin bzw. der Bewohner wünscht. Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.	erfüllt	
3. Die Einrichtung 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.	- Bewohnerinnen und Bewohner und/oder ihre Angehörigen verstehen, wie und wann sie über medizinische Befunde, pflegerische Assessments, Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen informiert werden.	erfüllt	
	- Die Einrichtung informiert Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörige über ihr Recht, Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen abzulehnen.	erfüllt	
4. Die Einrichtung unterstützt das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf respektvolle und mitfühlende Behandlung und Betreuung am Lebensende.	- Die besonderen Bedürfnisse sterbender Bewohnerinnen und Bewohner werden innerhalb der Einrichtung anerkannt, dokumentiert und respektiert.	erfüllt	<i>Wünschenswert ist die Erarbeitung eines Konzeptes Palliative Care</i>

Die Tabelle im Abschnitt 3.1. zeigt, dass die für die Erfüllung der Vorgaben dieses Standards geforderten Dokumente vorhanden sind.

Der Auditor konnte sich in den Gesprächen und während der Begehung davon überzeugen, dass Kunden, Bewohner und Angehörige, insbesondere auch durch die Spitex, systematisch informiert werden.

Nach Aussage der Mitarbeitenden hat sich durch die Einführung des Standards die Qualität der Arbeit in diesem Bereich wesentlich verbessert. Erste Begegnungen am runden Tisch haben stattgefunden. Bewohner, Kunden der Spitex und Angehörige hätten durchwegs positiv auf die Informationen zu den Rechten der Bewohner reagiert.

Der Auditor regt an, dass das CSEB den Umgang mit Patientenvollmachten und Patientenverfügungen im Sinne eines Konzepts regelt. Hier wären die Hausärzte mit einzubeziehen. Das Thema könnte an einer Fortbildung für Hausärzte thematisieren werden.

3.3.6 Standard 53: Pflege und Betreuung

Leiterinnen Qualitätszirkel	Berta Prevost, FVP
Mitglieder	Elfriede Patscheider, PG Prasad-chèr; Romana Riedl, PH Chüra Lischana; Markus Jochberger, PG Chalamandrin; Christine Gaudenz, Spitex,
Beratende Funktionen	Verena Schütz, Direktorin Chüra; Uschi Cadonau, Qualitätsbeauftragte

Gültigkeitsbereiche	Einrichtungen Langzeitpflege und Spitex (Betriebe Chüra)		
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Die fett hervorgehobenen Kriterien sind Schlüsselkriterien, welche von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen.)</i>	erfüllt – nicht erfüllt	Bemerkungen
1. Die Einrichtung stellt sicher, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner mit einem anerkannten Instrument zur PflegebedarfsEinstufung 4 erfasst werden.	- Eine Methode zur PflegebedarfsEinstufung wurde ausgewählt. - Die Methode ist eingeführt.	erfüllt	
	- Die erste Einstufung wird im Bewohnerdossier innert der vereinbarten Frist dokumentiert.	erfüllt	
	- Alle Bewohnerinnen und Bewohner werden innert vereinbarten Fristen erneut eingestuft.	erfüllt	
	- In der Einrichtung wird regelmässig kontrolliert, ob das Instrument korrekt und fristgerecht angewendet wird. Nachweise sind vorhanden.	erfüllt	
2. Für jede Bewohnerin und für jeden Bewohner wird eine individuelle Pflegeplanung vorgenommen und umgesetzt.	- Die Erkenntnisse aus der PflegebedarfsEinstufung werden innert vereinbarter Frist in Form von Zielvereinbarungen und Massnahmen in die Pflegeplanung umgesetzt.	erfüllt	
	- In der Einrichtung wird regelmässig kontrolliert, ob die Pflegeplanung aktuell ist.	erfüllt	Die Dokumentation der Kontrolle ist in der Pflegeplanung nicht systematisch abgebildet
3. Pflegenden arbeiten mit Pflegestandards und Handlungsanweisungen.	- Die Pflegestandards und Handlungsanweisungen sind allen Mitarbeitenden zugänglich. - Diese sind instruiert und umgesetzt.	erfüllt	
	- Die Pflegestandards und Handlungsanweisungen werden innert vereinbarter Fristen überprüft und	nicht	

⁴ BESA, RAI-NH, PLAISIR oder ähnliches

	evaluiert.	erfüllt	
--	------------	---------	--

Die Tabelle im Abschnitt 3.1. zeigt, dass die für die Erfüllung der Vorgaben dieses Standards geforderten Dokumente vorhanden sind.

Im Bereich der Langzeitpflege liegen die Standorte zum Teil weit auseinander und haben besondere Bedürfnisse. In diesem Sinne wurden die Handlungsrichtlinien den Bedürfnissen der einzelnen Standorte angepasst.

Der Auditor hat sich während der Begehung davon überzeugen können, dass die tägliche Arbeit mit den elektronischen Instrumenten der Pflegeplanung (wie BESA, RAI, zum Teil Phoenix) zur Selbstverständlichkeit geworden ist. Dort wo das Instrument Schwierigkeiten bereitet (wie in der Anwendung von Phoenix im Langzeitbereich), hat man sich nicht entmutigen lassen und sucht nach Lösungen.

Die dem Auditor vorliegenden, kürzlich vorgenommenen Evaluationen zur Umsetzung dieses Standards zeigen, wo das Verbesserungspotential liegt.

Der Auditor regt an, dass die Überprüfung der Pflegedokumentationen nach dem Vieraugenprinzip im Beisein der vorgesetzten Mitarbeiterin erfolgt und regelmässig dokumentiert wird.

Der Auditor regt an, dass der komplexe Prozess der Pflegeplanung, der unter anderem die Zielbeschreibung und Überprüfung der Zielerreichung umfasst, für die Einführung neuer Mitarbeitenden in einem Flussdiagramm dargestellt wird.

Er regt weiter an, dass die Qualität der Anwendung von Richtlinien und Handlungsanweisungen im Pflegebereich durch interne Audits überprüft werden.

3.3.7 Standard 67: Kennzahlen

Leiterinnen Qualitätszirkel	Verena Schütz, Direktorin Chüra
Mitglieder	Samantha Ieronimo, BL Spitex; Sanne Gierman, BL Chüra Lischana; Vreni Salis, BL Prasad-chèr; Doris Larcher, BL Chalamandrin
Beratende Funktionen	Berta Prevost, FVP; Uschi Cadonau, QV

Gültigkeitsbereiche	Einrichtungen Langzeitpflege und Spitex (Betriebe Chüra)		
Thema	Indikator		
1. Sturzhäufigkeit	- Anzahl gemeldete Stürze (mit und ohne Sturzfolgen) auf 1000 Pflage tage	gemessen	
	- Anzahl Stürze mit Verletzungen (milde und mittelschwere Verletzungen) auf 1000 Pflage tage		
	- Anzahl Stürze mit Frakturen auf 1000 Pflage tage		
2. Decubitusinzidenz	- Bewohner mit neu entdecktem Decubitus (Grade 2-4) im Verhältnis zur Gesamtzahl der Bewohner ohne Decubitus bei der Aufnahme in die Einrichtung	gemessen	
3. Inzidenz freiheitseinschränkender Massnahmen	- Anzahl verordnete Bettgitter ⁵ /1000 Pflage tage	gemessen	
	- Anzahl verordnete Rollstuhltische/1000 Pflage tage		
	- Anzahl verordnete Bettgurten ⁶ /1000 Pflage tage		
4. Rückstufungen in der Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs	- Anzahl der vorgenommenen Rückstufungen in der Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs zur Gesamtzahl der vorgenommenen Einschätzungen pro Jahr	nicht gemessen	
5. In der Einrichtung Verstorbene	- Anzahl Verstorbene (sämtliche Todesursachen) im Verhältnis zur Gesamtzahl der BewohnerInnen und Bewohner	nicht gemessen	
	- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Verstorbenen in der Einrichtung vor ihrem Tod (in Tagen)		

Es ist für den Auditor gut nachvollziehbar, dass man sich in dieser Phase des Projekts vor allem auf die Kennzahlen konzentriert, die von den Behörden gefordert werden (Sturzinzidenz, Decubitusinzidenz, Inzidenz freiheitseinschränkender Massnahmen).

Ein Problem für die Bewertung der Kennzahlen sind die kleinen Fallzahlen der verschiedenen Standorte.

⁵ tagsüber und/oder nachts, einseitig oder beidseitig

⁶ inkl. ZEWI-Decken

Bisher hat die Spitex keine Erfahrung mit Kennzahlen sammeln können.

Der Auditor empfiehlt die Entwicklung eines Quality Dashboards resp. einer Balanced Score Card ins Auge zu fassen und hier ein entsprechendes Konzept zu entwickeln. Dabei wären die von den Behörden vorgeschriebenen Kennzahlen aufzunehmen, weiter Kennzahlen, Indikatoren, die für die Führung des Unternehmens wesentlich sind und schliesslich Kennzahlen, Indikatoren, die in der Qualitätsentwicklung und Anwendung des P-D-C-A Zyklus wichtig sind.

4 Empfehlungen

Standard	Nr.	Empfehlung
Grundstandard	I	Der Auditor empfiehlt, die übergeordneten Qualitätsziele des Gesamtunternehmens auf die einzelnen Bereiche als Teilziele herab zu brechen. So besteht Gewähr, dass die Ziele auf der Ebene der Teams und der Mitarbeitenden verstanden und umgesetzt werden.
	II	Der Auditor empfiehlt, die Richtlinie zum Beschwerdemanagement zügig umsetzen.
28 Dekubitusvermeidung und-pflege	III	Der Auditor empfiehlt, die elektronische Pflegedokumentation so zu gestalten, dass das Assessment und die erfolgten Massnahmen lückenlos erfasst werden (im Sinne von: wer? hat was? wann? gemacht).
29 Sturzvermeidung	IV	Der Auditor empfiehlt, die elektronische Pflegedokumentation so zu gestalten, dass das Assessment und die erfolgten Massnahmen lückenlos erfasst werden (im Sinne von: wer? hat was? wann? gemacht).
52 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner	V	Der Auditor empfiehlt ein Konzept für Palliative Care zu erarbeiten.
67 Kennzahlen	VI	Der Auditor empfiehlt die Entwicklung eines Quality Dashboards resp. einer Balanced Score Card. Dabei wären die von den Behörden vorgeschriebenen Kennzahlen aufzunehmen, weiter Kennzahlen, Indikatoren, die für die Führung des Unternehmens wesentlich sind und schliesslich Kennzahlen, Indikatoren, die in der Qualitätsentwicklung und Anwendung des P-D-C-A Zyklus wichtig sind.

5 Antworten auf die Ausgangsfragen

Im Abschnitt 1.4. (a-e) dieses Berichts werden 5 Fragen umschrieben, die im Folgenden beantwortet werden.

Erfüllen die Dokumente und Unterlagen zum Qualitätsmanagementsystem des Center da Sandà Engiadina Bassa die Voraussetzungen zur Zertifizierung?

Ja. Dort wo die Dokumente gemäss der Tabelle unter 3.1. noch fehlen, sind Entwürfe vorhanden (wie das Beschwerdemanagement), die weit gediehen sind und bald in Kraft gesetzt werden können.

Ist der Gültigkeitsbereich der künftigen Zertifizierung eindeutig umschrieben?

Ja. Die Gültigkeitsbereiche sind in der Vorbereitung der Erst-Zertifizierung Stufe 2 nochmals zu überprüfen.

Sind die sieben Standards verstanden worden? Sind sie umgesetzt?

Ja. Die Unterlagen, die Gespräche mit den Auskunftsgewährenden der Qualitätszirkel und die Begehungen zeigten dem Auditor, dass die sieben Standards ausgezeichnet verstanden werden. Die Umsetzung der Standards ist weit fortgeschritten.

Sind die Voraussetzungen für eine Verbundzertifizierung der Bereiche Akutspital- Langzeitpflege und Spitex gegeben?

Ja. Die Forderung nach einem gemeinsamen Qualitätsmanagement ist erfüllt. In den von Ospidal und Chüra gemeinsam bearbeiteten Standards sind VertreterInnen aus beiden Bereichen vertreten.

Sind die geforderten Kennzahlen definiert? Sind Messwerte vorhanden?

Die geforderten Kennzahlen sind definiert. Kennzahlenwerte sind vorhanden.

Sind Ziele und Prioritäten der Qualitätsentwicklung definiert?

Ja. Die jährlich publizierten Qualitätsziele und Qualitätsberichte zeigen, dass der CSEB mit zeitlich terminierten Zielen arbeitet und die Zielerreichung überprüft wird.

Funktionieren die Prozesse der Selbstbewertung?

Die Unterlagen, die Gespräche mit den Auskunftsgewährenden der Qualitätszirkel lassen nachweisen, dass die Prozesse der Selbstbewertung (Evaluationen der Zielerreichung, Ermittlung der Compliance der Mitarbeitenden, SOLL-/IST-Kennzahlenvergleiche, Interne Audits) schon gut funktionieren oder gut vorbereitet sind.

Sind aktuelle Listen der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen vorhanden?

Es liegt eine ausführliche und aktualisierte Liste vor.

6 Fazit

Der Auditor beurteilt die Voraussetzungen für die Erst-Zertifizierung Stufe 2 als erfüllt.

Dieser nächste Schritt der Überprüfung des Qualitätsmanagements im Bereich Langzeitpflege und Spitex (Chüra) kann aus seiner Sicht, mit sehr guten Erfolgschancen, für das Jahr 2013 geplant werden.

Gewisse Fragen, wie die Anwendung der Standards für Spitäler und Kliniken (Grundstandard Qualitätsmanagement, Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Standard 28 Decubitusvermeidung und-pflege, Standard 29 Sturzvermeidung) anstelle der entsprechenden Standards für die Langzeitpflege und Fragen der Gültigkeitsbereiche sollten bald entschieden werden.