Akutspital

Arztpraxis

Rettungsdienst

Pflegeheim

Spitex

Mahlzeitendienst

Physiotherapie

Mütter- und Väterberatung

Fusspflege

Zahnarzt

Psychiatrische Beratung

Augenarzt



QUALITÄTSBERICHT 2017



Nach Vorlage von H+



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Frau
Barbara Pobitzer Walther
Leiterin Qualitätsmanagement
081 851 61 98
barbara.walther@csvm.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm "Sichere Medikation an Schnittstellen" wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur "Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen" stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. Anhang 1) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.ang.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller Direktor H+

Vegiler

Inhaltsverzeichnis

Impressi	um	2
Vorwort	von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1	Einleitung	6
2 2.1 2.2	Organisation des Qualitätsmanagements Organigramm Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 3.1 3.2 3.3	Qualitätsstrategie Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 1 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 1	9 0
4 4.1 4.2 4.3 4.4 4.4.1 4.5	Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten 1 Teilnahme an nationalen Messungen 1 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen 1 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 1 Qualitätsaktivitäten und -projekte 1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 1 Registerübersicht 1 Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert	1 2 3 3
4.6	Zertifizierungsübersicht	
QUALITA	ÄTSMESSUNGEN1	5
Befragui	ngen1	6
5 5.1 5.2 5.2.1 5.2.2 5.3	Patientenzufriedenheit1Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik1Eigene Befragung1Rückmeldemanagement1Patienten Zufriedenheitserhebung Praxis1Beschwerdemanagement1	6 7 7 8
7	Angehörigenzufriedenheit Die Angehörigen haben die Möglichkeit, direkt über die Bereichsleiter oder über die aufgelegten Formulare Rückmeldungen abzugeben. Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8	Zuweiserzufriedenheit	
Behandl	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. ungsqualität1	9
9	Wiedereintritte	
9.1	Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	
10	Operationen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 11.1 11.1.1	Infektionen 2 Eigene Messung 2 ambulante postoperative Wundinfekte 2	0 20
12 12.1	Stürze	
13 13.1	Wundliegen	
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Die Qualitätsmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen ist fakultativ, sie wird bei uns im Spital nicht durchgeführt.	
15	Psychische Symptombelastung	

	Die Qualitätsmessung Psychische Symptombelastungen ist fakultativ, sie wird bei uns im Spital nicht durchgeführt.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Die Qualitätsmessung Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand ist fakultativ, s wird bei uns im Spital nicht durchgeführt.	ie
17		
40	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	
18.1 18.1.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	25
. •	Umsetzung der Normanforderungen ISO 9001:2015	
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	
18.2.1	Einführung einheitliches Lagerkonzept	
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	
18.3.1	Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE	25
19	Schlusswort und Ausblick	26
Anhang 1	1: Überblick über das betriebliche Angebot	27
	atik	
Anhang 2	2	
Herausge	eber	28

1 Einleitung

Das Center da sandà Val Müstair ist ein Gesundheitszentrum mit folgenden Bereichen:

- Akutspital
- Arztpraxis
- Rettungsdienst
- Pflegeheim
- Spitex (inkl. Mahlzeitendienst)

Weitere Dienstleistungen:

- Physiotherapie
- Mütter- und Väterberatung
- Fusspflege
- Zahnarzt
- Psychologische Beratung
- Augenarzt

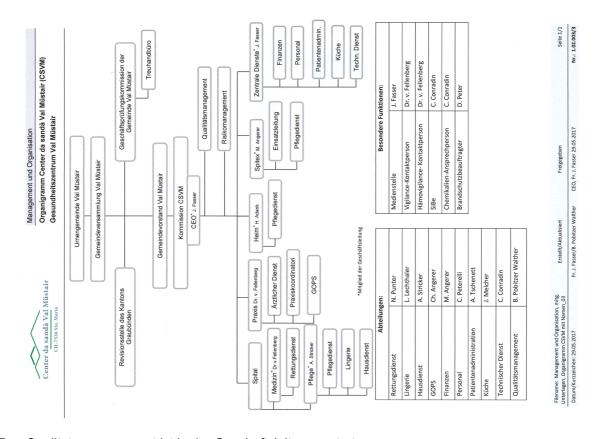
Unser Leistungsangebot liegt in der Grundversorgung. Unser Kerngeschäft beinhaltet den Garant einer zeitgemässen, sicheren medizinischen Versorgung der Bevölkerung und Touristen. Die ambulanten und stationären Angebote der Betreuung bieten wir in hoher Qualität an. Dabei möchten wir die Kundenbedürfnisse wahrnehmen und unser Angebot dementsprechend anpassen.

Wir verfolgen das Prinzip, dass unsere Kunden uns "besser als erwartet" erleben und stehen für die drei Werte: herzlich, individuell und professionell.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt 30% Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Fr. Barbara Pobitzer Walther Leiterin Qualitätsmanagement Center da sandà Val Müstair 081 861 61 98 barbara.walther@csvm.ch

Center da sandà Val Müstair

3 Qualitätsstrategie

Grundanliegen

Es ist unser erklärtes Ziel, das Center da sandà Val Müstair langfristig zu erhalten und mit sinnvollen Angeboten für die Bevölkerung und Gäste weiter zu entwickeln. Wir setzen dabei auf ein hohes Mass an Qualität, Innovativität, Unkonventionalität, Effektivität und Effizienz.

Für alle unsere Mitarbeitenden steht stets der Patient mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt.

Unsere Vision

Wir setzen Zeichen für regionale Vertrauenswürdigkeit und innovative, überregionale Angebote.

Unsere Mission

Wir sind erste Anlaufstelle für die medizinischen Grundlagebedürfnisse und für präventive Massnahmen im Tal. Als wichtigster Arbeitgeber stellen wir die gesundheitliche Versorgung für unsere ambulanten, stationären, spitex- und heimbedürftigen Kunden sicher.

Unser Qualitätsverständnis

Neben den für uns selbstverständlichen, internen Qualitätssicherungsmassnahmen, die regelmässig von externen, anerkannten Gremien überprüft werden ist für uns auch die Patientensicherheit ein wichtiger Fokus.

Wir verbessern uns ständig und beziehen dabei die Beobachtungen aller in- und extern Betroffenen ein

Qualitätsziele 2017:

1. Führung prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach Norm ISO 9001:2015 im gesamten CSVM

1.1 Fortlaufende Umsetzung von kontinuierlichen Verbesserungsmassnahmen

2. Durchführung interne Audits

- 2.1 Auditplan erstellen / Auditchecklisten nach Norm 9001:2015 anpassen
- 2.2 Durchführung interne Audits mit den Prozessverantwortlichen
- 2.3 Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen mittels PDCA-Zyklus

3. Aufrechterhalungsaudit ISO 9001:2015 ohne Abweichungen

- 3.1 Auditprogramm erstellen, Vorbereitung geforderte Daten für Auditor (Ordner)
- 3.2 Begleitung Auditor während Audit
- 3.3 Umsetzung der Hinweise zur kontinuierlichen Verbesserung vom Auditbericht

4. Umsetzung Patienten Zufriedenheitserhebung Bereich Praxis

- 4.1 Erstellung Messplan und Anpassung Messinstrument
- 4.2 Durchführung der Zufriedenheitserhebung
- 4.3 Auswertung der Schlüsselergebnisse
- 4.4 Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen nach PDCA Kreislauf
- 4.5 Evaluation

5. Weiterentwicklung Risikomanagement

- 5.1 Eine Risikoidentifikation und Risikobewertung ist durchgeführt
- 5.2 Massnahmen sind eingeleitet
- 5.3 Erstellung Risikomanagementbericht
- 5.4 Analyse auf Prozessebene und Weiterentwicklung "Mögliche Risiken und

Präventionsmassnahmen"

6. Umsetzung der Messempfehlungen nach ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern

6.1 Erhebung Patientenzufriedenheit Monat September 2017

- 6.2 Prävalenzmessung Sturz- und Decubitus 14.11.2017
- 6.3 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

7. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

7.1 Kontinueriliche Verbesserungen sind im KVP-Journal ersichtlich und nach PDCA umgesetzt

8. Erfassung CIRS in allen Bereichen CSVM

- 8.1 Einleitung Sorfortmassnahmen
- 8.2 Jede CIRS Meldung wird mit dem Bereichsleiter besprochen, Verbesserungsmassnahmen eingeleitet ggf. Anpassung der Arbeitsprozesse und Kommunikation im betroffenen Team
- 8.3 Evaluation der Verbesserungsmassnahmen
- 8.4 Quick Alert's von der Patientensicherheit Schweiz verteilen, ggf. daraus entstehende Präventionsmassnahmen in den betroffenen Bereichen umsetzen

9. Erfüllung der Qualitätskontrollen in den Spitälern

- 9.1 Erstellung Q-Bericht nach Vorlage H+ bis zum 31.05.2018
- 9.2 Export auf www.spitalinformation.ch
- 9.3 Abgabe der angeforderten Unterlagen an den Kantonsarzt Dr. M. Mani inkl. Q-Bericht

10. Erhebung der Qualitätsindikatoren Pflegeheim und Spitex

- 10.1 Einsenden der angefoderten Q-Indikatoren Bereich Spitex bis zum 31.03.2018
- 10.2 Einsenden der angeforderten Q-Indikatoren Bereich Pflegeheim bis zum 31.04.2018

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- 1. Fortlaufende Weiterentwicklung vom internen prozessorientierten Qualitätsmanagementsystem (QMS)
- 2. Einführung Prozessreviews und Integration in Managementbewertung 2017
- 3. Interne Weiterentwicklung Risikomanagement
- 4. Durchführung Patientenzufriedenheitserhebung im Bereich Praxis mit Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- 1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach Norm ISO 9001:2015 im gesamten CSVM weiterentwickelt
- 2. Interne Audits konnten nach Plan durchgeführt und Verbesserungsmassnahmen nach PDCA Zyklus eingleitet werden
- 3. Aufrechterhalungsaudit ISO 9001:2015 im November 2017 ohne Auflagen erreicht
- 4. Patienten Zufriedenheitserhebung Bereich Praxis durchgeführt und Verbesserungsmassnahmen eingeleitet
- 5. Risikomanagement weiterentwickelt
- 6. Umsetzung der Messempfehlungen nach ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern
- 7. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) ersichtlich dargestellt
- 8. Eingeleitete Verbesserungsmassnahmen aus erfassten CIRS Meldungen und Quick-Alerts in den betroffenen Bereichen
- 9. Qualitätskontrollen in den Spitälern eingereicht und erfüllt
- 10. Qualitätsindikatoren Pflegeheim und Spitex eingereicht und erfüllt

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- 1. Weiterentwicklung prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach den neuen Normanforderungen ISO 9001:2015
- 2. Gute Vorbereitung für die geplante Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015 im November 2018
- 3. Interne Audits nach Plan durchführen und Weiterentwicklung auf Prozessebene
- 4. Einhaltung der Qualitätsanforderungen und Auflagen

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln "Nationale Befragungen" bzw. "Nationale Messungen" und auf der Webseite des ANQ <u>www.ang.ch</u>.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:

Akutsomatik

- Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
- Nationale Prävalenzmessung Sturz
- Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
- Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:

- Qualitätsindikatoren Pflegeheim und Spitex
- Qualitätskontrolle in Spitälern, jährliche Selbstdeklaration

Center da sandà Val Müstair Seite 11 von 28

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:

Patientenzufriedenheit

- Rückmeldemanagement
- Patienten Zufriedenheitserhebung Praxis

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:

Infektionen

ambulante postoperative Wundinfekte

Center da sandà Val Müstair Seite 12 von 28

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Umsetzung der Normanforderungen ISO 9001:2015

Ziel	Einhaltung der Normanforderungen ISO 9001:2015
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche vom Center da sandà Val Müstair
Projekte: Laufzeit (vonbis)	ganzjährig
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Schulungen, interne Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	Führungspersonal, Prozessverantwortliche
Evaluation Aktivität / Projekt	Aufrechterhaltungsaudit im 11.2017 ohne Auflagen

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2008 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

Im CSVM herrscht eine sehr offene Meldekultur. Unser CIRS ist für jeden Mitarbeiter zugänglich, die Meldungen können anonym erfasst werden. Sofortmassnahmen werden direkt eingeleitet, weitere Verbesserungsmassnahmen und Prozessanpassungen werden mit dem betroffenen Bereichsleiter gemeinsam festgelegt und evaluiert.

Die Quickalerts und die "Paper of the Month" von der Patientensicherheit Schweiz werden in unseren Teams besprochen und ggf. Präventionsmassnahmen intern umgesetzt, um aus den Erfahrungen von anderen Institutionen zu lernen und zu profitieren.

Center da sandà Val Müstair Seite 13 von 28

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet		Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Norm ISO 9001:2008 von 2009 bis 2015, ab 2015 Norm ISO 9001:2015	Alle Bereiche vom Center da sandà Val Müstair	2009	2015	Rezertifizierung 11.2015 ohne Auflagen bestanden
REKOLE Zertifikat H+	Buchhaltung, Patientenadministration	2016	2016	Erstmalige Zertifizierung

Bemerkungen

Qualitätsmanagement und Patientensicherheit im Gesundheitswesen sind in der heutigen Zeit klare Anforderungen an ein modernes Gesundheitszentrum. Wir beschäftigen uns seit 2001 aktiv und kontinuierlich mit dem Thema Qualitätsmanagement.

Im Zeitraum 2004 - 2008 standen wir in enger Zusammenarbeit mit der "Schweizerischen Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen" (sanaCERT). Nach Akkreditierungsgesprächen haben wir mit den erarbeiteten Qualitätsstandards die Zerifizierung erfolgreich bestanden. Ab 2008 wurde der gemeinsame Weg als gesamte Institution alle Bereiche nach Norm ISO 9001:2008 zertifizieren zu lassen angestrebt. Ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem wurde gemeinsam erarbeitet, sodass wir die Erstzertifizierung im 2009 und die Rezertifizierungen im 2012 ohne Auflagen bestanden haben.

Im 2015 wurden wir als erstes Gesundheitszentrum in der Region nach den neuen Normanforderungen ISO 9001:2015 erfolgreich zertifiziert. Mit externen und internen Schulungen und einem motivierten Team die Qualität gemeinsam weiterzuentwickeln werden Verbesserungsmassnahmen fortlaufend umgesetzt.

Im 2018 steht uns die Rezertifizierung nach Norm 9001:2015 bevor, die Vorbereitungen sind am Laufen und wir freuen uns auch diesen Schritt wieder gemeinsam anzugehen, um unseren Kunden eine hohe Qualität bieten zu können.

Center da sandà Val Müstair Seite 14 von 28

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektiver Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.ang.ch.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Unser Gesundheitszentrum gehört zur Kategorie Grundversorgung K123-Versorgungsniveau 5. ANQ hat für diese Spitalgruppe nur einen zusammengefassten Bericht von allen 36 betroffenen Spitälern dieser Kategorie. Wir haben eine Rücklaufquote von unter 50 Fragebögen bei der Patientenzufriedenheitsumfrage, d.h. es gibt keine individuelle Auswertung für solch kleine Betriebe und somit können wir keine Daten liefern.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Rückmeldemanagement

Jede Rückmeldung sehen wir als Chance uns zu verbessern

Das Center da sandà Val Müstair führt in allen Bereichen ein internes Rückmeldemanagementsystem, welches für alle Kunden zugängig ist. Jede Meinung ist uns wichtig, denn wir möchten unsere Dienstleistungen stetig verbessern. Es freut und hilft uns, wenn unsere Kunden ihre Eindrücke schriftlich mitteilen. Selbstverständlich werden die Rückmeldungen vertraulich behandelt und in der Geschäftsleitung besprochen. Ihr Urteil ermöglicht uns, Schwächen in unserer Institution zu erkennen, Verbesserungen vorzunehmen und Gutes zu bewahren.

Wir sehen jede Rückmeldung als Chance uns kontinuierlich zu verbessern und den Kundenwünschen gerecht zu werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Befragung steht allen Kunden in Papierform auf den Abteilungen zur Verfügung. Gerne nehmen wir Rückmeldungen auch im direkten Kontakt oder über unsere Homepage Kontaktperson Leiterin Qualitätsmanagement entgegen.

Jeder Kunde und alle Anspruchsgruppen (Stakeholder) haben die Möglichkeit eine Rückmeldung über das interne Rückmeldeformular zu erfassen oder uns über die Home-Page vom CSVM zu kontaktieren. Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Wir haben im Betriebsjahr 2017 über das interne Rückmeldemanagement eine Zufriendeheitsrate von 66% (Dank und Lob) erreicht. Dieses Ergebnis ist zufriedenstellend und zeigt uns, dass wir gemeinsam auf dem richtigen Weg sind.

Die 27% Anregungen und 7% Beanstandungen sehen wir als Chance uns weiterzuentwickeln, Massnahmen wurden nach PDCA Kreislauf umgesetzt und evaluiert. Die fortlaufende Kontrolle läuft über das KVP Journal.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Bei der Evaluation der Massnahmen zeigt sich Verbesserung, Prozesse und Arbeitsabläufe wurden angepasst.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Rückmeldeformular

5.2.2 Patienten Zufriedenheitserhebung Praxis

Ziel der Praxisbefragung war es, die Zufriedenheit unserer Kunden über die 100 retournierten Fragebögen zu ermitteln und neu eingeführte Prozesse und Arbeitsabläufe wie z.B die Notfallsprechstunde, Massnahmen zur Verkürzung der Wartezeit zu evaluieren. Folgende Punkte wurden detailliert befragt:

- Eingangsbereich / Wartezimmer / Informationen
- Organisatorisches / Wartezeiten
- Notfallsituationen / Notfallsprechstunde
- Fragen zur ärztliche Versorgung
- Fragen zum Praxispersonal
- Angaben zur Person (Geschlecht, Alter)
- Angaben zur Häufigkeit Konsultation (Wie oft suchen Sie unsere Praxis im Jahr auf?)
- Grund Arztbesuch (chronisch Erkrankung, akut Erkrankung oder andere Gründe)
- Was hat Ihnen einen positiven Eindruck hinterlassen?
- Was hat Ihnen bei uns gestört / ist verbesserungswürdig, zu ändern?

Diese Patientenbefragung haben wir vom April 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt. Die Erhebung wurde im Praxisbereich durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Zufriedenheitsbefragung wurde speziell auf unsere internen Gegebenheiten in der Praxis ausgerichtet.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Center da sandà Val Müstair

Leiterin Qualitätsmanagement Barbara Pobitzer Walther Leiterin Qualitätsmanagement 081 861 61 98 barbara.walther@csvm.ch

Mo-Mi-Do 8:00-12:00

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: www.ang.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
Center da sandà Val Müstair					
Beobachtete Rate	Intern:	1.22%	4.83%	4.29%	4.16%
	Extern:	-	-	-	-

^{**} Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH	
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.	

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (ei	nschliesslich Kinder).	
untersuchenden Patienten	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.		
Center da sandà Val Müstair Anzahl auswertbare Austritte: 195				

11 Infektionen

11.1 Eigene Messung

11.1.1 ambulante postoperative Wundinfekte

Wir erfassen die postoperative Wundinfekte von internen ambulanten Eingriffen wie z.B. Karpaltunnel, Vasektomie, Ganglionentfernungen, Hautexcision etc.

Wir erheben ob die Operation intern oder extern durchgeführt wurde und ob die Infektion innerhalb von 5 Tagen, innerhalb von 10-15 Tagen oder später aufgetreten ist.

Unser Ziel ist die postoperative Wundinfektionsrate unter 3% zu halten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Messung wird bei allen internen, ambulanten Eingriffen durchgeführt.

Erhoben werden alle interne Patienten an denen ambulante Eingriffe durchgeführt oder von extern an uns zum Verbandswechsel überwiesen wurden.

Wir haben im 2017 eine postoperative Infektionsrate von 0% bei 54 ambulanten Eingriffen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Ziel wurde erreicht, keine Infektionen sind aufgetreten.

Es bedarf keine Verbesserungsmassnahmen.

Angaben zur Messung		
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Erfassungsbogen ambulante postoperative Wundinfekte	

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.ang.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Center da sandà Val Müstair				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	0	0
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Residuum*	0	0	0	0

^{*} Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürze auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.ang.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder

Am Stichtag 14.11.2017 hatten wir keinen stationären Akutpatient, deshalb konnte die Messung nicht durchgeführt werden.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Berner Fachhochschule
	Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Intensivpfleg 16 und 18 Ja Messung ein Vorhandene		 16 und 18 Jahren konnten auf freiwil Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständr Patienten, der Angehörigen oder der 	ege, intermediate care), Patienten zwischen Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die eingeschlossen werden. die mündliche Einverständniserklärung des der Angehörigen oder der gesetzlichen	
	Ausschlusskriterie	en	 Stationäre Patienten, bei denen kein Einverstär vorliegt. Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter B Aufwachraum. 		
Center da sandà Val M	üstair				
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 0 2017		0	Anteil in Prozent (Antwortrate)	0.00%	

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.ang.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

	Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Center da san	dà Val Müstair					
Nosokomiale Dekubitus- prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0	0	-

^{*} Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

^{**} CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Am Stichtag 14.11.2017 hatten wir keinen stationären Akutpatient, deshalb konnte die Messung nicht durchgeführt werden.

gaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule	
Methode / Instrument	LPZ 2.0	

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterie	en	 Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwische 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer "expliziten" Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kinder). Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 		
	Ausschlusskriterie	en	 Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 		
Center da sandà Val I	Müstair				
Anzahl tatsächlich unte Erwachsene 2017	Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	0.00%	

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitatsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Umsetzung der Normanforderungen ISO 9001:2015

Projektart: Interne Umsetzung der Normanforderungen ISO 9001:2015

Projektziel: Einhaltung der Normanforderungen ISO 9001:2015 und bestehen vom

Aufrechterhaltungsaudit

Projektablauf / Methodik: externes Audit durch SQS

Involvierte Berufsgruppen: Führungspersonal und Prozessverantwortliche

Projektevaluation: Aufrechterhaltungsaudit ohne Auflagen

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Einführung einheitliches Lagerkonzept

Projektart: Hinweis bei externem Audit von SQS im 11.2016 "Verantwortlichkeit der verschiedenen Lager mit Gefahrenstoffe regeln"

Projektziel: Ein einheitliches Lagerkonzept wird erstellt, Verantwortlich sind die Bereichsleiter Projektablauf: Lager werden kontrolliert, Verantwortungen mit den Bereichsleitern besrochen, Sicherheitsdatenblätter aller Produkte werden eingeholt und in einem Ordner im Lager abgelegt. Involvierte Berufsgruppen: Sicherheitsbeauftragter, Bereichsleiter und Prozessverantwortliche Projektevaluation: Für alle Lager gilt das Lagerkonzept, alle Sicherheitsdatenblätter sind vorhanden, Verantwortungen sind geregelt, bei der Einführung von neuen Produkten ist der Bereichsleiter verantworltich die aktuellen Sicherheitsdatenblätter einzuholen und im entsprechenden Ordner abzulegen.

Kontrolle im September duch das externe Audit von H+ Branchenlösung und im November durch das externe Audit von SQS.

Keine weitere Massnahmen notwendig, Projekt abgeschlossen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE

Projektart: Zertifizierung REKOLE

Projektziel: Kosten- und Leistungstransparenz auf nationaler Ebene

Projektablauf / Methodik: Nach Vorgaben H+

Invilvierte Berufsgruppen: CEO, Buchhaltung, Patientenadministration

Projektevaluation / Konsequenzen: Die Zertifizierung wurde ohne Auflagen erreicht.

Weiterführende Unterlagen: Bericht REKOLE, Zertifikat REKOLE

19 Schlusswort und Ausblick

Als kleine Institution so peripher gelegen ist es besonders wichtig, unseren Kunden gute Qualität zu bieten um eine hohe Zufriedenheit zu erreichen.

" Qualität ist das Produkt der Liebe zum Detail" von Andreas Tenzer

Gemeinsam streben wir eine hohe Qualität an und setzen uns für diese Verwirklichung tagtäglich ein.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen			
Basispaket			
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin			
Nerven medizinisch (Neurologie)			
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)			
Magen-Darm (Gastroenterologie)			
Gastroenterologie			

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben: H+ Die Spitäler der Schweiz Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet patientensicherheit/qualitaetsbericht







Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und - direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).