

Akutspital

Arztpraxis

Rettungsdienst

Pflegeheim

Spitex

Mahlzeitendienst

Physiotherapie

Mütter- und Väterberatung

Fusspflege

Zahnarzt

Psychiatrische Beratung

Augenarzt



Center da sandà Val Müstair

CH-7536 Sta. Maria



QUALITÄTSBERICHT 2023 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 2023.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

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 2023

Frau
Barbara Pobitzer Walther
Leiterin Qualitätsmanagement
0041 81 851 61 98
barbara.walther@csvm.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verscharfren die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	9
3 Qualitätsstrategie	10
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023	11
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	12
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	13
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	13
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Zufriedenheitsbefragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	20
5.2 Eigene Befragung	21
5.2.1 Rückmeldemanagement	21
5.2.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Praxis / Notfall	22
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Wir haben keine Angehörigenzufriedenheit durchgeführt	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	23
Messungen in der Akutsomatik	23
9 Wiedereintritte	23
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	23
10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen	24
11.1 Eigene Messung	24
11.1.1 Ambulante postoperative Wundinfekte	24
12 Stürze	25
12.1 Eigene Messung	25
12.1.1 Sturzerfassung gemäss Vorgaben	25
13 Dekubitus	26
13.1 Eigene Messungen	26
13.1.1 Dekubituserfassung gemäss Vorgaben	26
Messungen in der Psychiatrie	27
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	27
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	27
14.1.1 Freiheitseinschränkende Massnahmen	27

15	Symptombelastung psychischer Störungen	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	Messungen in der Rehabilitation	0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	0
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	28
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	28
18.1.1	Umsetzung Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI)	28
18.1.2	Einführung TRIAGE System ESI (Emergency Severity Index)	29
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023	30
18.2.1	Einführung Monitoring mit Überwachungszentrale	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	30
18.3.1	Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE	30
18.3.2	Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015	30
19	Schlusswort und Ausblick	31
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	32
	Akutsomatik	32
	Anhang 2	33
	Anhang 3	34
	Herausgeber	35

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 für Kinder, Jugendliche und Erwachsene durch die Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR)
- Augenarzt
- Ernährungsberatung

Unser Leistungsangebot liegt in der Grundversorgung. Unser Kerngeschäft beinhaltet den Garant einer zeitgemässen, sicheren medizinischen Versorgung der Bevölkerung vom Val Müstair, Touristen und neu die Notfallversorgung für die Einwohner der Gemeinde Taufers. 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**.

Bedeutung des Gesundheitszentrums

Wir sind in der privilegierten Situation, eine wohnortnahe 24 Stunden Notfall- und Grundversorgung auf verschiedenen Ebenen zu haben, auch für Patienten aus dem benachbarten Südtirol. Innerhalb von Minuten kann man aus jeder Fraktion das Center da sandà erreichen. Die Hilfsfristen im Rettungsdienst sind kurz und können lebensentscheidend sein. Hilfe zuhause und damit ein langer Verbleib zuhause sind dank der Spitex möglich.

Ein kompetentes, breit aufgestelltes Ärzteteam ist für hausärztliche Konsultationen, Notfälle und Spitalpatienten zuständig. Eine Einmaligkeit der integrierten Versorgung ist, dass auch das Pflegeheim unter demselben Dach von der 24 Stunden medizinischen Betreuung profitiert.

Das Center da sandà bietet auch ein breites Angebot an Dienstleistungen unter einem Dach an. Neben den Kerndienstleistungen der hausärztlichen Betreuung, des Notfallmanagements, Spital und Heimleistungen sowie ambulante Pflege sind wir gut vernetzt mit unseren weiteren Dienstleistern. Wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit den Psychologinnen für Kinder - Erwachsene, mit dem Zahnarzt, der Physiotherapie und der Elternberatung. Ergänzend profitiert die Bevölkerung von nicht dringenden augenärztlichen Konsultationen, vom ergotherapeutischen Angebot, der Ernährungsberatung und vom Beratungsdienst der Pro Senectute.

Unser Kerngeschäft

Die Arztpraxis in der auch das Notfallambulatorium integriert ist, wird mit einer zunehmenden Anzahl von Notfällen konfrontiert. Im 2023 verzeichneten wir 9230 Konsultationen inklusive der Notfallkonsultationen, das bedeutet eine Zunahme gegenüber dem Vorjahr um 13%. 72 Primäreinsätze und 88 Sekundäreinsätze wurden vom Rettungsdienst ausgeführt. Das Spital nahm 227 Patienten auf, die im Durchschnitt 4.9 Tage im Spital verweilten. Das Kostengewicht stieg gegenüber dem Vorjahr leicht an. Das Pflegeheim verzeichnete 9647 Pflage tage, resp. eine Auslastung von 94.5% und lag dabei leicht

über den Erwartungen.

Die Spitex ist mit über 17 Tausend Einsatzstunden gegenüber dem Vorjahr nochmals um 12% gewachsen.

Vieles was in diesem Betrieb geleistet wird, erbringt keinen statistischen Ausweis, dennoch sind diese Leistungen für das Funktionieren des Betriebs von grösster Bedeutung. Eine gesunde und vielseitige Verpflegung, ein sauberes Haus und frische Wäsche, eine gut gewahrte Infrastruktur sind wesentliche Bestandteile davon. Ebenso sind alle Prozesse der Patientenadministration, der Finanzen, der IT und des Personalwesens unabdingbare Dienstleistungen für die Kerngeschäfte.

Weiterentwicklung

Im Qualitätsmanagement geht es nicht unbedingt um **"höher, schneller, weiter"** sondern um **"solider, effizienter und einheitlicher"**. Wir bemühen uns bereichsübergreifend gesetzte Ziele zu erreichen, aus Anregungen Prozesse zu optimieren und mittels kontinuierlichen Verbesserungsjournal zu evaluieren.

Schwerpunkte im 2023

- Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen zu den healthcare assoziierten Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitälern von SWISSNOSO und Auswertung der geforderten Daten
- Erarbeitung und Einführung von gezielten Medikamentenschemas zur Patientensicherheit, Bildung und Risikominimierung / Prävention von Fehlerquellen
- Planmässige Umsetzung der internen Audits mit den Prozessverantwortlichen (PV)
- Kontinuierliche Bemühungen für die Patientensicherheit mit aktiver Teilnahme an den Projekten / Aktionswochen der Patientensicherheit Schweiz und interne Umsetzung
- Durchführung der Zufriedenheitserhebung im Bereich Praxis und Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen anhand der Schlüsselergebnisse

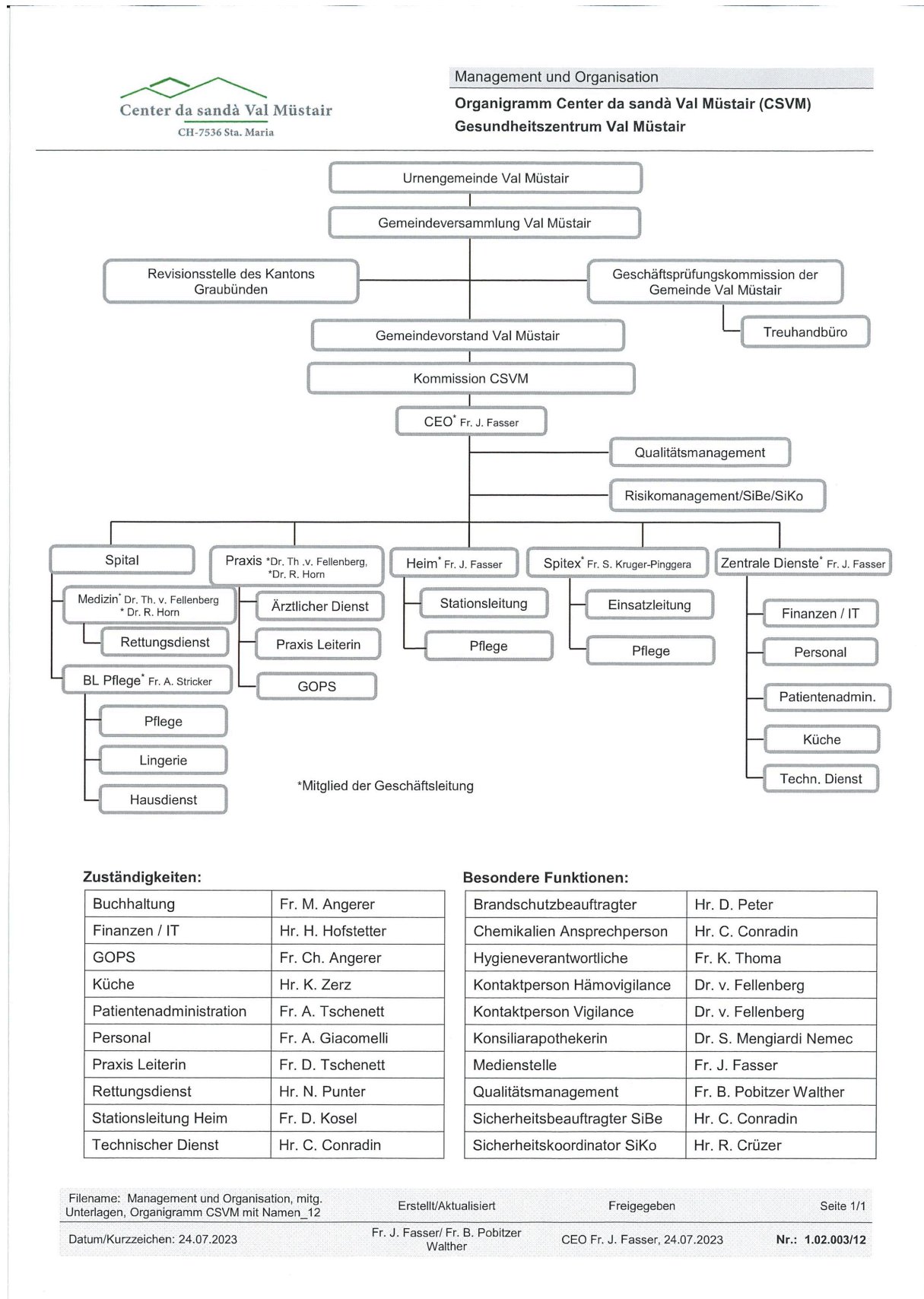
Evaluation Qualitätsmanagementsystem (QMS)

Das prozessorientierte Qualitätsmanagementsystem (QMS) mit der bereichsübergreifenden Nutzung für das gesamte Gesundheitszentrum wird von der CEO und Leiterin Qualitätsmanagement jährlich evaluiert und als effizient und geeignet bewertet. Die integrierte Suchfunktion hat sich bewährt. Den Mitarbeitern ist es möglich, im recht kompakt gewordenen System, die gewünschten Informationen schneller zu finden. Die Evaluation in allen Bereichen zeigt unter den Mitarbeitern hohe Zufriedenheit. Der leitende Auditor SQS Dr. A. Trapp hat das System als reif, geeignet, angemessen und wirksam bewertet.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Zuständigkeiten:

Buchhaltung	Fr. M. Angerer
Finanzen / IT	Hr. H. Hofstetter
GOPS	Fr. Ch. Angerer
Küche	Hr. K. Zerz
Patientenadministration	Fr. A. Tschenett
Personal	Fr. A. Giacomelli
Praxis Leiterin	Fr. D. Tschenett
Rettungsdienst	Hr. N. Punter
Stationsleitung Heim	Fr. D. Kosel
Technischer Dienst	Hr. C. Conradin

Besondere Funktionen:

Brandschutzbeauftragter	Hr. D. Peter
Chemikalien Ansprechperson	Hr. C. Conradin
Hygieneverantwortliche	Fr. K. Thoma
Kontaktperson Hämovigilance	Dr. v. Fellenberg
Kontaktperson Vigilance	Dr. v. Fellenberg
Konsiliarapothekerin	Dr. S. Mengiardi Nemec
Medienstelle	Fr. J. Fasser
Qualitätsmanagement	Fr. B. Pobitzer Walther
Sicherheitsbeauftragter SiBe	Hr. C. Conradin
Sicherheitskoordinator SiKo	Hr. R. Crüzer

Filename: Management und Organisation, mitg. Unterlagen, Organigramm CSVM mit Namen_12	Erstellt/Aktualisiert	Freigegeben	Seite 1/1
Datum/Kurzzeichen: 24.07.2023	Fr. J. Fasser/ Fr. B. Pobitzer Walther	CEO Fr. J. Fasser, 24.07.2023	Nr.: 1.02.003/12

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **35%** Stellenprozent zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

3 Qualitätsstrategie

Grundanliegen

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

Für alle unsere Mitarbeitenden steht stets der Kunde 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 Grundlagedebedürfnisse und für präventive Massnahmen im Tal. Als wichtigster Arbeitgeber stellen wir die gesundheitliche Versorgung für unsere ambulanten, stationären, spitex- und heimbefürftigen 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 2023

1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement (QMS) kontinuierlich weiterentwickeln
2. Durchführung internes Audit nach Plan
3. Aufrechterhaltungsaudit nach Norm ISO 9001:2015 bestehen
4. Professionelles Rückmeldemanagement anbieten und führen
5. Zufriedenheitserhebung Bereich Praxis 90% Zufriedenheitsindex erreichen
6. Bericht und Lernsystem CIRS interne Umsetzung der Empfehlungen Patientensicherheit Schweiz
7. Umsetzung der Messempfehlungen nach ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern
8. Umsetzung Strategie NOSO «Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitälern»
9. Qualitätsauflagen Spitäler termingerecht einreichen
10. Qualitätsindikatoren an das Gesundheitsamt GR termingerecht einreichen

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

Wir verfolgen eine klare Qualitätspolitik und entsprechen den geforderten Standards. Wir verbessern uns ständig und beziehen Rückmeldungen aller Stakeholder mit ein.

1. Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen zu den healthcare assoziierten Infekten (HAI) in Schweizer Akutspitälern von SWISSNOSO
2. Im Qualitätsmanagementsystem (QMS) integriertem Blaubuch Erarbeitung und Einführung von gezielten Medikamentschemas zur Patientensicherheit, Bildung und Risikominimierung / Prävention von Fehlerquellen
3. Planmässige Durchführung der internen Audits
4. Zufriedenheitsmessungen gemäss Messplan durchführen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

Qualitätsziel erreicht

1. Das prozessorientiertes Qualitätsmanagement (QMS) wurde ganzjährig kontinuierlich weiterentwickelt
2. Die internen Audits wurden nach Plan im 3.Q.2023 durchgeführt
3. Das Aufrechterhaltungsaudit nach Norm ISO 9001:2015 wurde im 11.2023 ohne Auflagen bestanden
4. Ein professionelles Rückmeldemanagement wurde geführt und eine Zufriedenheit von 88% erreicht
5. Bei der Zufriedenheitserhebung im Bereich Praxis wurde ein Zufriedenheitsindex von 88% erreicht
6. CIRS internes Bericht und Lernsystem wurde intern von den Mitarbeitern genutzt und Präventions- und Verbesserungsmassnahmen gezielt eingeleitet. Die Empfehlungen der Patientensicherheit Schweiz wurden intern umgesetzt.
7. Die Messempfehlungen nach ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern wurden im 2023 durchgeführt
8. Die Strategie NOSO «Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitälern» wurde intern umgesetzt
9. Qualitätsauflagen der Spitäler wurden termingerecht bis 05.2023 erstellt und eingereicht
10. Qualitätsindikatoren (PH und Spitex) wurden termingerecht bis zum 04.2023 an das Gesundheitsamt GR einreicht

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Kontinuierliche Weiterentwicklung Qualitätsmanagementsystem nach Norm ISO 9001:2015. Ein pragmatischer, risiko- und bedürfnisorientierter Ansatz bestimmt die geführte Weiterentwicklung. Das System unterstützt Leitung und Prozessanwender sowohl in Alltagsaktivitäten als Informationsquelle wie auch in der (strategischen) Weiterentwicklung durch die Vielzahl von Kennzahlen.
2. Einhaltung der nationalen und kantonalen Qualitätsanforderungen und Auflagen
3. Externe und interne Audits / Kontrollen bestehen
4. Überarbeitung interne Konzepte durch die Verantwortlichen

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, curafutura 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 www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:

Akutsomatik

- Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
- Nationale Auswertung ungeplante 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

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:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Rückmeldemanagement▪ Zufriedenheitserhebung Bereich Praxis / Notfall

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Ambulante postoperative Wundinfekte
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Sturzerfassung gemäss Vorgaben
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Dekubituserfassung gemäss Vorgaben
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Freiheitseinschränkende Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen zu den healthcare assoziierten Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitälern

Ziel	Infektionsprävention und Bekämpfung in Schweizer Akutspitälern
Bereich, in dem das Projekt läuft	Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ab 2021-2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Einhaltung der externen Vorgaben
Methodik	SOLL-IST Erhebung der 7 Schlüsselkomponenten, Umsetzung von noch fehlenden Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Spitalärztin, QM, HV, BL Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	1.Q.2023
Weiterführende Unterlagen	SWISSNOSO Nationales Zentrum für Infektionsprävention; Strategie NOSO Gemeinsam gegen Infektionen in Schweizer Spitälern und Pflegeheimen, Interne Ausbruchstrategie Management von Ausbrüchen mit MRE Akutspital CSVM, Vertrag mit dem KSGR Infektiologie

Notfall Einführung Triage-System ESI (emergency severity index)

Ziel	Notfallpatienten im gesamten Patientengut zu erkennen und zeitgerecht der korrekten Diagnostik und Therapie zuführen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Notfall
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022-2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Aufgrund dieser Einteilung ist die Alarmierung weiterer Personen, die Bereitstellung von Instrumenten sowie der Überwachungsgrad definiert
Methodik	Gezielte Schulungen und Trainings
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Rettungsdienst, PFP, MPA
Evaluation Aktivität / Projekt	12.2022, im 2023 erneute Schulungen und Trainings eingeplant
Weiterführende Unterlagen	ESI-Triage Algorithmus, ESI-Triage Massnahmen

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 im Jahr 2008 ein CIRS 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 CSVVM herrscht eine sehr offene Meldekultur. Unser CIRS ist ein internes Bericht- und Lernsystem, für jeden Mitarbeiter zugänglich und Meldungen können anonym erfasst werden. Sanktionsfreiheit ist gegeben, Vorgesetzte leben Vorbildfunktion. Sofortmassnahmen werden professionell eingeleitet und Systemverbesserungen mit den betroffenen Bereichsleitern umgesetzt. Prozessanpassungen erfolgen nach der Ursachenanalyse gemäss London Protokoll. Risikoeinschätzung werden von den Verantwortlichen festgelegt und evaluiert.

- Risikoreduktionsmassnahmen werden realisiert und in den betroffenen Teams kommuniziert
- Diverse Prozesse wurden optimiert z.B. Austrittsmanagement, Medikamentenmanagement, Infrastruktur begutachtet und optimiert, Wissensauffrischung durch bereichsübergreifende Weiterbildungen, Refresh Gerätekunde etc.
- Aktive Teilnahme Meldemonat März zum gewählten Hot-Spot "Risiken beim Wechsel von Patienten in andere Versorgungssektoren (Übertritte)" der Patientensicherheit Schweiz
- Aktive Umsetzung der nationalen Aktionswoche im September "Was ist Ihnen wichtig?" Kunden aktiv in die Patientensicherheit miteinbezogen
- Aus den Quick Alert's von der Patientensicherheit Schweiz konnte man profitieren und präventive Massnahmen umsetzen

Jährlich tagt der CIRS Zirkel, evaluiert die umgesetzten Massnahmen und wählt die "top five" zur internen Kommunikation in allen Bereichen.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
Infreporting Melde­system meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit Einführung Epidemiologiegesetz

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	
KR GG Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksg.ch/krebsregister.aspx	

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	Ganzer Betrieb	2009	2021	Rezertifizierung 12.2021 ohne Auflagen erreicht, nä. im 2024 geplant
REKOLE Zertifikat H+	Das betriebliche Rechnungswesen	2016	2020	Rezertifizierung 08.2020 ohne Auflagen erreicht, nä. im 2024 geplant

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale 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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

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 subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

Begründung

Geringe Fallzahlen

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Rückmeldemanagement

Jede Rückmeldung sehen wir als Chance uns zu verbessern

Ihre Meinung - Ihre Zufriedenheit - Unser Ziel

Lob, Anregung und Kritik sind stets erwünscht, letztendlich profitieren wir davon.

Das Center da sandà Val Müstair führt in allen Bereichen ein internes Rückmeldemanagementsystem, welches für alle Kunden zugänglich 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.

Die hohe Zufriedenheit unserer Kunden ist für uns zentral und motiviert uns unsere Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern.

Die Beobachtung und Bewertung der Leistung durch unsere Kunden ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Ihre subjektive Wahrnehmung und ihre Zufriedenheit mit Behandlung und Prozessen sind für uns von grossem Interesse. Dank ihrer Einschätzung können wir uns kontinuierlich mit den Prozessen und Abläufen auseinandersetzen und sie laufend verbessern. Zudem kann die Zufriedenheit der Patienten den medizinischen Behandlungsablauf beeinflussen.

Das Ziel ist, Abweichungen besser zu verstehen und Massnahmen zu finden, die nachhaltig umgesetzt werden können. So sollen die intern gesetzten Ziele erreicht und die Behandlungsqualität verbessert werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die Zufriedenheitserhebung umfasst alle Bereiche vom Center da sandà Val Müstair.

Alle interessierte Parteien (Stakeholder) haben die Möglichkeit eine mündliche Rückmeldung im direkten Gespräch oder schriftliche Rückmeldung mit unserem internen Rückmeldeformular an uns abzugeben oder per Email über die Homepage an die Leiterin Qualitätsmanagement.

Ausschlusskriterium sind anonyme Rückmeldungen von Mitarbeitern, dort stehen andere Meldewege zur Verfügung.

Ergebnis:

- **88% Dank / Lob**
- 7% Anregungen / Wunsch
- 5% Kritik / Beschwerden

Unser Jahresziel über 75% positive Rückmeldungen (Dank / Lob) zu erreichen ist uns gelungen. Die entsprechenden Rückmeldungen zeigen, wo unsere Stärken liegen und wo wir Verbesserungsmassnahmen ergreifen müssen. Anregung und Kritik erhielten wir zum Dauerbrenner Mangel an Parkplätzen und Platzmangel, dies fordert grundlegende Entscheide, welche im Laufe des Jahres durch die Erstellung von provisorischen Parkplätzen und die Auslagerung von Spitex und Verwaltung nach extern ins PEM-Gebäude gelöst wurden. Zum Medikamentenmanagement im Pflegeheim wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, welche Verantwortungen, Prozess- und Arbeitsabläufe optimierte und die Anschaffung von grössere Medikamentendispenser zur Medikamentensicherheit umsetzte. Das Aus- und Übertrittsmanagement von den Bereichen (Spital / PH und Spitex) wurde von

den Verantwortlichen (interdisziplinären Gruppe) optimiert, eine Austrittscheckliste erarbeitet, welche den MA Sicherheit und Überblick schaffen soll. Hier sind wir noch in der Umsetzungsphase. Die fortlaufende Kontrolle läuft über das KVP Journal.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Rückmeldeformular

5.2.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Praxis / Notfall

Durch die Erhebung der Erfahrungen unserer ambulanten Patienten und Verbesserung von Zufriedenheit wollen wir die Behandlungsqualität positiv beeinflussen. Der interne Fragebogen für unsere ambulanten Patienten umfasste 20 validierte Fragen. Wir fragen dabei gezielt nach der Wahrnehmung der Qualität der Behandlung, der Kompetenz in der Beratung und ob die Abläufe gut funktionieren. Gefragt wird auch, ob Gründe für Verspätungen kommuniziert und Ersatztermine angeboten werden.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 02.2023 bis 07.2023 durchgeführt.

Bereich Praxis / Notfall

Befragt wurden alle Patienten im Praxis und Notfallbereich über einen bestimmten Zeitraum.

Ergebnis:

- **88% Gesamtzufriedenheit unserer Praxispatienten**

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Diese Bewertung zeigt funktionierende Abläufe und eine gute Behandlungsqualität. Zu Anregungen bzgl. Wartezeit, Informationen über Homepage publizieren und Schutz der Privatsphäre wurden von den Verantwortlichen Massnahmen diskutiert und eingeleitet. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2017, auch mit einer Gesamtzufriedenheit von 88%, bieten wir über die Jahre eine konstant gute Behandlungsqualität an.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	interne Auswertung durch Leiterin QM
Methode / Instrument	Zufriedenheitsumfrage Praxis

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Center da sandà Val Müstair

Leiterin Qualitätsmanagement

Barbara Pobitzer Walther

Leiterin Qualitätsmanagement

081 851 61 98

barbara.walther@csvm.ch

Büro: Mo / Mi 8:00-12:00 Do 13.00-17:00

oder per Email barbara.walther@csvm.ch

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eigenen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

Begründung

Geringe Fallzahlen

Angaben zur Messung	
Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

Bemerkungen

Unsere jährliche Anzahl an Rehospitalisationen ist kleiner als 10. Gemäss ANQ ist die Mindestanzahl grösser als 10 Rehospitalisationen für die transparente Publikation.

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.) und an uns überwiesene Patienten (nach extern durchgeführten Eingriffen) zur weiteren Wundbehandlung.

Kriterien:

- Infektion innerhalb von 5 Tagen,
- Infektion innerhalb von 6-15 Tagen
- Infektion später aufgetreten

Seit 2022 erfassen wir gemäss Vorgaben zur Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierten Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitäler auch die Katheter-assoziierte Blutstrominfektionen z.B. PICC; ZVK etc.

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die Messung findet in der Praxis über die Leiterin Qualitätsmanagement statt.

Einschlusskriterien:

Interne postoperative Wundinfektionsrate

Externe postoperative Wundinfektionsrate (Überweisung zur weiteren Wundbehandlung im CSVN)

Katheter-assoziierte Blutstrominfektionen

Ausschlusskriterien:

Schon bestehende Infektion vor Beginn der Behandlung

Wir haben eine postoperative Wundinfektionsrate von 5.1% auf insg. 98 ambulante Eingriffe.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

5 Infekte werden analysiert, 2 x war recht Zug auf die Naht, 1x war ständiges Scheuern durch Reibung und 2x könnte die resorbierbare Subcutannaht der Grund sein. Verbesserungsmassnahmen wurden wo möglich eingeleitet und Mitarbeiter sensibilisiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Erfassungsbogen ambulante postoperative Wundinfekte

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzerfassung gemäss Vorgaben

Jeder Kunde wird anhand einem Assessment Sturzrisikoerfassung eingestuft und ggf. Präventionsmassnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet und evaluiert.
Im Bereich Spital hat im 2023 keine nationale Prävalenzmessung stattgefunden.
In den Bereichen Pflegeheim und Spitex erfolgte die Messung gemäss Vorgaben vom Gesundheitsamt GR.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Akutspital, Pflegeheim und Spitex

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Messergebnisse wurden an das GA GR termingerecht eingereicht und sind nicht zur Publikation vorgesehen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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 Scherkräften.

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubituserfassung gemäss Vorgaben

Jeder Kunde wird anhand einem Assessment Dekubitusrisikoerfassung eingestuft und ggf. Präventionsmassnahmen zur Prophylaxe eingeleitet und evaluiert.

Im Bereich Spital hat im 2023 keine nationale Prävalenzmessung stattgefunden.

In den Bereichen Pflegeheim und Spitex erfolgte die Messung gemäss Vorgaben vom Gesundheitsamt GR.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Akutspital, PH, Spitex

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Messergebnisse wurden an das GA GR termingerecht eingereicht und sind nicht zur Publikation vorgesehen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Messungen in der Psychiatrie

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Beim Eintritt ins Akutspital, PH oder Spitex wird die Ausgangslage (Situation / Problem) eingeschätzt und gemäss den Qualitätsindikatoren in der Pflege bewegungseinschränkende Massnahmen eingeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Akutspital, Pflegeheim, Spitex

Einschlusskriterien:

1. Selbstgefährdung

- Weglaufgefahr
- Sturzgefahr
- andere Selbstgefährdung

2. Fremdgefährdung

- Physisches aggressives Verhalten
- Gefährdung des Strassenverkehrs
- andere Fremdgefährdung

Der Einsatz von freiheitseinschränkende Massnahmen wird gemäss internem Pflegestandard eingesetzt und regelmässig evaluiert. Anhand der Indikatorenliste werden die Messergebnisse 1x jährlich dem Gesundheitsamt Graubünden der geforderten Bereiche (PH und Spitex) eingereicht.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Vorgaben vom Erwachsenenschutzgesetz wurden eingehalten.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Die Messergebnisse wurden an das GA GR termingerecht eingereicht und sind nicht zur Publikation vorgesehen.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Umsetzung Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI)

Projektart:

- Umsetzung Strategie NOSO der neuen Anforderungen Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitalern

Prozessziel:

- Wirksame Überwachung, Prävention und Bekämpfung von HAI mit der internen Umsetzung der 7 Schlüsselkomponenten

Prozessablauf / Methodik:

- 3.Q.2021 Teilnahme am 1. Nationalen Symposium "Strukturelle Mindestanforderungen für eine erfolgreiche Verhütung und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen" am 27.08.2021
- 4.Q.2021 Interne IST / SOLL Zustandserhebung mit den Verantwortlichen (Leitende Ärztin, BL Pflege, Leiterin QM, Hygieneverantwortliche), Aufgabenverteilung und praktische Umsetzung
- 1.Q.2022 Teilnahme am 2. Nationalen Symposium "Workshop Strukturelle Mindestanforderungen HAI" für Fachpersonen
- 2.-4.Q.2022 Interne Besprechungen, Informationen und Umsetzung
- 1.Q.2023 Evaluation
- ab 2024 aktive Teilnahme an den PPS-2024 Erhebung

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte, Bereichsleiter, Leiterin Qualitätsmanagement, Hygieneverantwortliche

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Erkenntnisse: Verschiedene Vorgaben von den Schlüsselkomponenten erfüllen wir im CSVM schon seit Jahren
- Abgeleitete Massnahmen: Anhand der IST / SOLL Zustandserhebung bedarf es Vertiefungen zu den Schlüsselkomponenten 3 (Organisation der Spitalhygiene und Personalausstattung) und 5 (Surveillance und Ausbrüche)

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

- Projekt laut PDCA im Do (Durchführung)
- Überwachung mittels KVP-Journal

18.1.2 Einführung TRIAGE System ESI (Emergency Severity Index)

Projektart:

- Interne Schulung und Einführung vom TRIAGE System ESI

Prozessziel:

- Notfallpatienten im gesamten Patientengut zu erkennen und zeitgerecht der korrekten Diagnostik und Therapie zuführen
- Anhand dieser Einteilung ist die Alarmierung weiterer Personen, die Bereitstellung von Instrumenten sowie der Überwachungsgrad definiert

Prozessablauf / Methodik

- 2021-2022 Theorie und praxisbezogene Schulungen
- 2021-2022 Umsetzung reibungsloser Ablauf des Notfallmanagements, richtige Personen zum richtigen Zeitpunkt aufbieten
- 4.Q.2022 Evaluation
- 2023 Refresh ESI Theorie und Übungen anhand Fallbeispielen

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte, Rettungsdienst, dipl. Pflegefachpersonen, MPA

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Erkenntnisse: Die Zusammenarbeit zwischen den bei Notfallpatienten zur Unterstützung angebotenen Personen (Pflege, Rettungsdienst, MPA) hat mässig funktioniert. Das Prozessziel wurde z.T. erreicht, deshalb im 2023 erneuter Schwerpunkt Umsetzung ESI mit Schulung
- Abgeleitete Massnahmen: Fortlaufende Schulungen zu ESI, Feedbacks in den betroffenen Teams und neu Refresh Geräteschulungen im 2023 einplanen

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

- Projekt laut PDCA Kreislauf im Act
- Überwachung erfolgt durch den leitenden Arzt der Notfallstation Co-Chefarzt Dr. R. Horn

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Einführung Monitoring mit Überwachungszentrale

Projektart:

- Übergreifendes Projekt Akutabteilung / Praxis / Rettungsdienst

Prozessziel:

- Optimierung in der Überwachung vom Notfallzimmer und Überwachungszimmer mit dezentraler Alarmierung
- Qualitätssicherung im Bereich Überwachung und Dokumentation
- Verbesserung der Patientensicherheit

Prozessablauf / Methodik

- 2022 Diverse Überwachungssysteme evaluiert und Kosten analysiert
- 2.Q.2023 Entscheidung für Firma Procamed Überwachungssystem Mindray
- 3.Q.2023 Installation zentraler Überwachungsanlage und Einführung / Schulung der Teams
- 4.Q.2023 Evaluation

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte, BL Pflege, Leiter RD, Leiterin Praxis, Informatik

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Überwachungszentrale wurde installiert, alle Teams eingeführt und geschult, Ansprechpersonen für Fragen stehen zur Verfügung
- Zentrale Überwachung und Erleichterung in den Arbeitsabläufen sowie Verbesserung der Patientensicherheit

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

- Projekt abgeschlossen

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE

1. Projektart: Zertifizierung REKOLE
2. Projektziel: Kosten- und Leistungstransparenz auf nationaler Ebene
3. Projektablauf / Methodik: Nach Vorgaben H+
4. Involvierte Berufsgruppen: CEO, Leiter Finanzen, Patientenadministration
5. Projektelevaluation / Konsequenzen: Zertifizierung wurde erreicht, einzelne Verbesserungen wurden umgesetzt, nä. Rezertifizierung im 2024 geplant
6. Weiterführende Unterlagen: Bericht REKOLE, Zertifikat REKOLE

18.3.2 Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015

1. Projektart: Umsetzung der Normanforderungen ISO 9001:2015
2. Projektziel: Erfüllung der Normanforderungen / Prozessorientiertes Qualitätsmanagement wird im CSVM bereichsübergreifend gelebt / Rezertifizierung bestehen
3. Projektablauf / Methodik: Umsetzung nach PDCA Kreislauf (Überwachung über das KVP-Journal)
4. Involvierte Berufsgruppen: BL und alle Mitarbeiter vom CSVM
5. Projektelevaluation / Konsequenzen: Die Rezertifizierung wurde ohne Auflagen erreicht, nä. Rezertifizierung im 2024 geplant
6. Weiterführende Unterlagen: Auditbericht SQS, Zertifikat SQS ISO 9001:2015

19 Schlusswort und Ausblick

Schlusswort:

Die Qualität der Versorgung unserer Kunden ist für uns von höchster Bedeutung, da sie nicht nur die Gesundheit und das Wohlbefinden unser Patienten massgeblich beeinflusst, sondern auch das Vertrauen, das die Gemeinschaft in uns setzt.

Ausblick:

"Was wir leben darf gezeigt werden"

Gemeinsam streben wir eine hohe Qualität an und setzen uns für diese Verwirklichung tagtäglich ein. Eine transparente Kommunikation und ein gelebtes Miteinander sind ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg. Jeder einzelne Mitarbeitende gibt täglich sein Bestes, das Wohlbefinden unserer Kunden steht für uns im Zentrum unseres Handelns. Dieses gelebte Miteinander ist bei uns spürbar und weiterführend in der Zusammenarbeit.

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
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie

Bemerkungen

Ergänzung zu den Leistungsgruppen: Wir haben keinen Leistungsauftrag für Chirurgie.

Die SQS bescheinigt hiermit, dass nachstehend genannte Organisation über ein Managementsystem verfügt, das den Anforderungen der aufgeführten normativen Grundlage entspricht.



Center da sandà Val Müstair
Sielva
7536 Sta. Maria V.M.
Schweiz

Geltungsbereich

Ambulante Diagnostik und Therapie (Arztpraxis) und Pflege (Spitex), akutmedizinische stationäre Diagnostik und Therapie (Akutspital) sowie stationäre Pflege und Betreuung (Pflegeheim). Notfallmedizinische Leistungen durch eigenen Rettungsdienst.

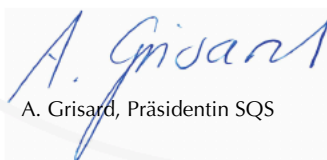
Normative Grundlage

ISO 9001:2015

Qualitätsmanagementsystem

Reg.-Nr. 36746

Gültigkeit 11. 12. 2021 – 11. 12. 2024
 Ausgabe 11. 12. 2021


 A. Grisard, Präsidentin SQS


 F. Müller, CEO SQS

Schweizerische Vereinigung für
 Qualitäts- und Management-Systeme (SQS)
 Bernstrasse 103, 3052 Zollikofen, Schweiz



sqs.ch

Center da sandà Val Müstair



H+ Die Spitäler der Schweiz bescheinigt hiermit, dass nachstehend genannte Institution die Kosten- und Leistungsrechnung korrekt umgesetzt hat und das betriebliche Rechnungswesen den REKOLE®-Vorgaben entspricht. Anlässlich des Zertifizierungsaudits sind die Anforderungen gemäss den Zertifizierungsrichtlinien REKOLE® – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, Version 2.0, überprüft worden.



Center da sandà Val Müstair CH-7536 Sta. Maria V.M.

Zertifizierte Institutionen

Center da sandà Val Müstair

Gestützt auf das Ergebnis des Audits, erteilt H+ Die Spitäler der Schweiz das

Zertifikat REKOLE®

CH-3013 Bern, 20. August 2020

Dieses H+ Zertifikat hat Gültigkeit bis und mit 07. August 2024

Registrierungs-Nummer: 86

Für die Nutzung dieses Zertifikats gelten die Nutzungsbedingungen Zertifikat «Gütezeichen REKOLE», welche unter der Internetadresse <http://www.hplus.ch> eingesehen werden können.

H+ Die Spitäler der Schweiz



Isabelle Moret, Präsidentin



Anne-Geneviève Bütikofer, Direktorin

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/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 wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (FKQ), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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.spitalinfo.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):

www.samw.ch.