

Akutspital

Medizinische Praxis

Rettungsdienst

Pflegeheim

Spitex

Mahlzeitendienst

Physiotherapie

Mütter- und Väterberatung

Ernährungsberatung

Fusspflege

Zahnarzt

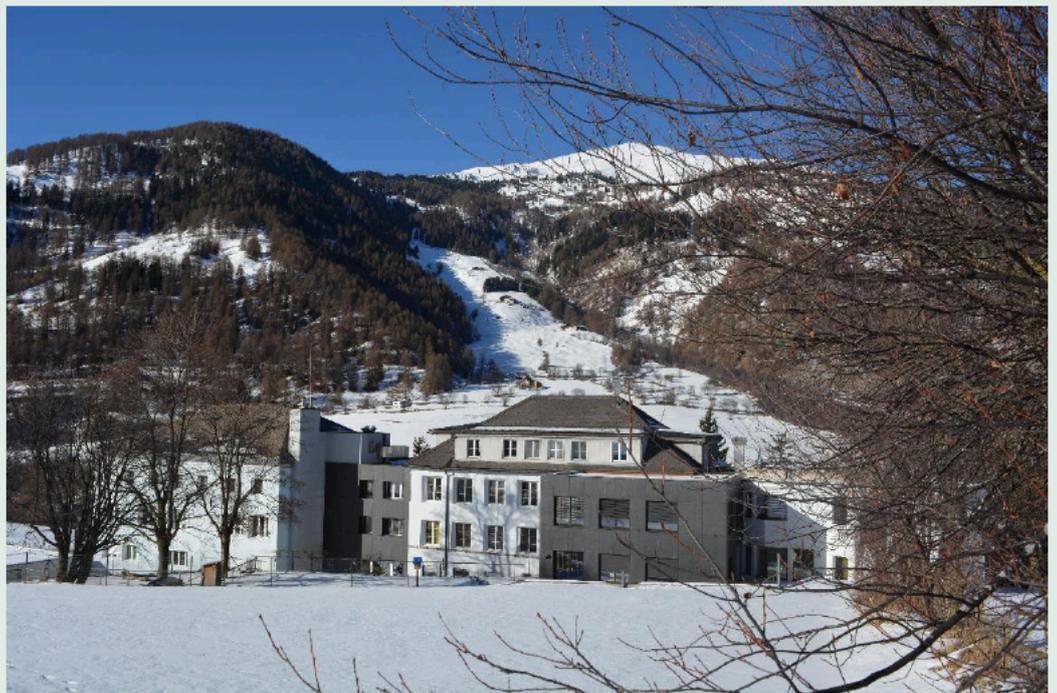
Psychiatrische Beratung



Center da sandà Val Müstair

CH-7536 Sta. Maria

QUALITÄTSBERICHT 2019 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 2019.

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. 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 2019

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Andererseits 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, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht	15
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Befragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	17
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Rückmeldemanagement	19
5.2.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Spitex (inkl. Mahlzeitendienst)	20
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	22
9 Wiedereintritte	22
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	22
10 Operationen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 Infektionen	23
11.1 Eigene Messung	23
11.1.1 Ambulante postoperative Wundinfekte	23
12 Stürze	24
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	24
13 Wundliegen	26
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	26
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Die Erhebung der freiheitseinschränkenden Massnahmen sind nur fakultativ.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
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 der neuen Empfehlungen zur Führung eines Bericht- und Lernsystems CIRS	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	29
18.2.1	Dementia Care Mapping im Pflegeheim	29
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	29
18.3.1	Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE	29
18.3.2	Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015	29
19	Schlusswort und Ausblick	30
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		31
Akutsomatik		31
Herausgeber		32

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
- Ernährungsberatung
- Fusspflege
- Zahnarzt
- Psychologische Beratung durch Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR)
- Augenarzt

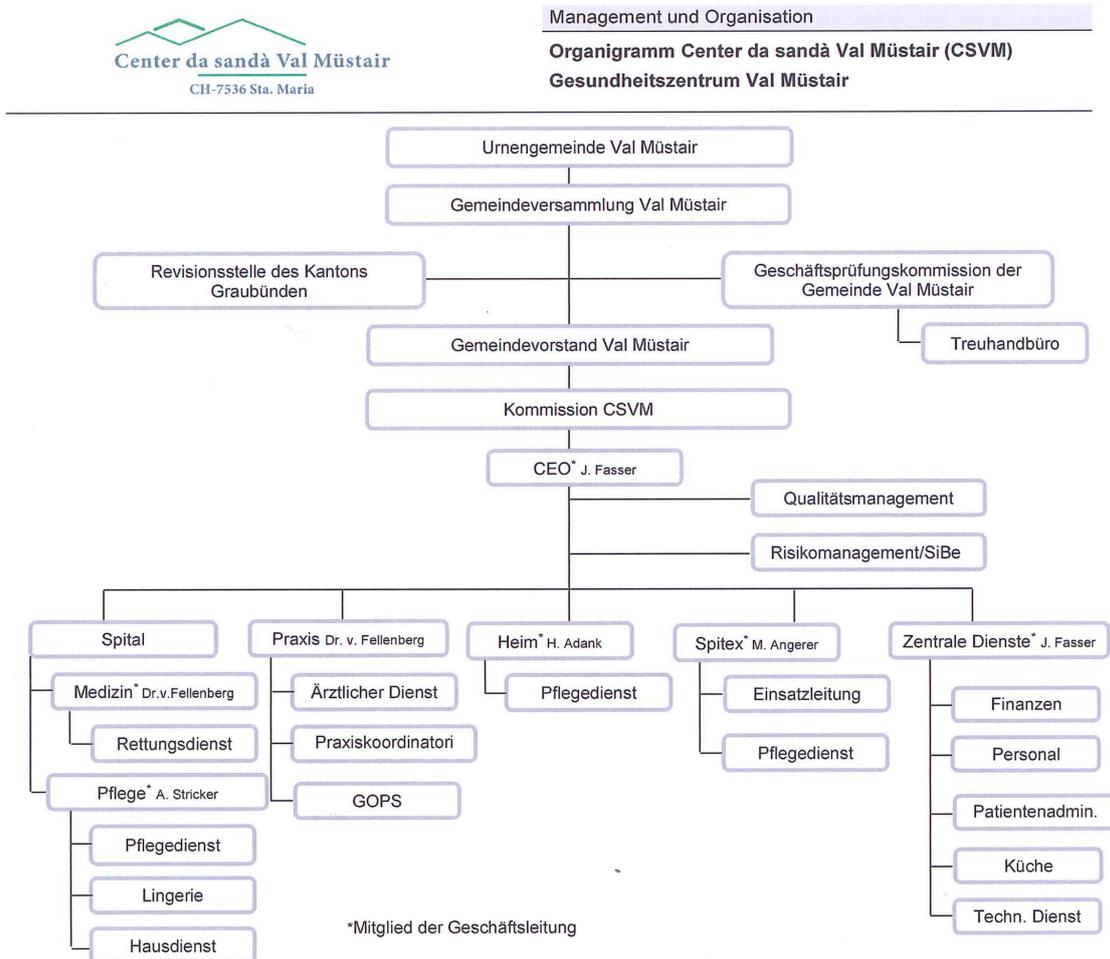
Unser Leistungsangebot liegt in der Grundversorgung. Unser Kerngeschäft beinhaltet den Garant einer zeitgemässen, sicheren medizinischen Versorgung der Bevölkerung und Touristen. Die ambulanten und stationären Angebote der Betreuung bieten wir in hoher Qualität an. Dabei möchten wir die Kundenbedürfnisse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



Abteilungen:

Finanzen	M. Angerer
GOPS	Ch. Angerer
Hausdienst	A. Stricker
Küche	J. Melcher
Lingerie	L. Lechthaler
Patientenadministration	A. Tschennett
Personal	T. Fasser
Qualitätsmanagement	B. Pobitzer Walther
Rettungsdienst	N. Punter
Technischer Dienst	C. Conradin

Besondere Funktionen:

Brandschutzbeauftragter	D. Peter
Chemikalien-Ansprechperson PV	C. Conradin
Hämovigilance- Kontaktperson	Dr. v. Fellenberg
Hygieneverantwortliche	K. Thoma
Medienstelle	J. Fasser
Sicherheitsbeauftragter SiBe	C. Conradin
Vigilance Kontaktperson	Dr. v. Fellenberg

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **30%** 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 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 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 Grundlagebedürfnisse und für präventive Massnahmen im Tal. Als wichtigster Arbeitgeber stellen wir die gesundheitliche Versorgung für unsere ambulanten, stationären, spitex- und heimbefürhtigen 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 2019:

1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach Norm ISO 9001:2015 kontinuierlich weiterentwickeln

1.1 Neue Anforderungen werden in den Prozessen fortlaufend angepasst

1.2 Das QMS ist benutzerfreundlich für alle Mitarbeiter. Neue Mitarbeiter werden in der Probezeit eingelernt, Änderungen werden in den Teams vorgestellt.

2. Durchführung interne Audits nach Plan

2.1 Internes Audit nach PDCA durchführen

2.2 Gemeinsame Anpassung der Prozesse und Formulare

2.3 Verbesserungsmassnahmen werden eingeleitet und mittels KVP-Journal überwacht

3. Aufrechterhaltungsaudit nach Norm ISO 9001:2015 ohne Auflagen erreichen

3.1 Vorbereitung Aufrechterhaltungsaudit: Auditprogramm mit Auditor erstellen, zeitgerechte Abgabeder geforderte Daten

3.2 Begleitung Auditor während Audit

3.3 Umsetzung der Hinweise zur kontinuierlichen Verbesserung

3.4 Evaluation der Verbesserungsmassnahmen

4. Zufriedenheitserhebung: Hohe Zufriedenheit im Bereich Spitex / Mahlzeitendienst erreichen

4.1 Planung CEO und BL, Offerte externe Erhebungsfirma MECON einholen

4.2 Durchführung der Zufriedenheitserhebung nach Messplan

4.3 Vorstellung der Auswertung / Schlüsselergebnisse

4.4 Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen nach PDCA Kreislauf

5. CIRS interne Umsetzung der Empfehlungen Patientensicherheit Schweiz

5.1 Die 7 Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems werden intern umgesetzt und geschult

5.2 Anpassung interne Prozesse CIRS, Schadenfall und Risikomanagement

5.3 Mitarbeiter nutzen das interne Bericht und Lernsystem

5.4 Jede CIRS Meldung wird anonymisiert und de-identifiziert. Verbesserungsmassnahmen werden eingeleitet b.B. Anpassung der Arbeitsprozesse. Kommunikation der Verbesserungsmassnahmen

oder Anpassungen der Arbeitsprozessen im betroffenen Meldekreis ggf. bereichsübergreifend

5.5 Evaluation der Verbesserungsmassnahmen

5.6 Interne Kommunikation der Quick Alert's / Projekte und Empfehlungen von der Patientensicherheit Schweiz um aus Fehlern anderer zu lernen, Präventionsarbeit intern

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

6.1 Interne Umsetzung nationale Patientenzufriedenheitserhebung Akutspital

6.2 Interne Durchführung nationale Prävalenzmessung Sturz- und Decubitus

7. Erfüllung der Qualitätskontrollen in den Spitälern

7.1 Erstellung Q-Bericht nach Vorlage H+ bis zum 31.05.2019

7.2 Export auf www.spitalinformation.ch

7.3 Zusenden Q-Bericht an die Kantonsärztin GR

8. Erhebung der Qualitätsindikatoren Pflegeheim und Spitex

8.1 Vollständige Erstellung der angeforderten Q-Indikatoren Bereich Spitex bis zum 31.03.2019 anhand den vorgegebenen Erhebungsformularen

8.2 Vollständige Erstellung der angeforderten Q-Indikatoren Pflegeheim bis zum 30.04.2019 anhand den vorgegebenen Erhebungsformularen

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

1. CIRS interne Umsetzung der Empfehlungen von der Patientensicherheit Schweiz und Schulung aller Teams

2. Spital Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen im Eintrittsprozess (Medikationsverordnungen, 4-Augenprinzip bei Übertrag von Medikamenten)

3. Spitex: Durchführung Zufriedenheitserhebung im Spitexbereich / Mahlzeitendienst und Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen nach PDCA

4. Pflegeheim: Nachmapping Dementia Care und Evaluation der Verbesserungsmassnahmen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach Norm ISO 9001:2015 wurde im gesamten CSVM weiterentwickelt
2. Aufrechterhaltungsaudit Norm ISO 9001:2015 ohne Auflagen erreicht
3. Interne Audits wurden nach Plan durchgeführt, Verbesserungsmaßnahmen mit den Prozessverantwortlichen umgesetzt und evaluiert
4. Spital: Die Umsetzung Leistungskatalog für Privatpatienten wurde evaluiert, funktioniert sehr gut. Schulung und Umsetzung Delirmanagement.
5. Pflegeheim: Dementia Care Nachmapping durchgeführt und Evaluation der Massnahmen
6. Spitex: Hohe Zufriedenheit mit einem Zufriedenheitsindex von 90.7% (von min0-max.100%). Im Vergleich zu anderen Spitexorganisationen, welche 87.5% erreichten, wurden wir mit 3.2% besser bewertet.
7. Die Empfehlungen von Patientensicherheit Schweiz zur Führung eines Bericht- und Lernsystem CIRS wurden intern umgesetzt, interne Prozessanpassung und Mitarbeiterschulung ist erfolgt. CIRS Vorfälle wurden weiterhin gemeldet, anonymisiert und de-identifiziert, Sofortmassnahmen und ggf. Verbesserungen im Arbeitsprozess umgesetzt.
8. Umsetzung der Messempfehlungen nach ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern
9. Rückmeldemanagement zeigt eine hohe Zufriedenheit unserer Kunden mit 90% "rundum zufrieden".

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Weiterentwicklung prozessorientiertes Qualitätsmanagement mit neuer Suchfunktion
2. Externe und interne Audits nach PDCA durchführen und Weiterentwicklung auf Prozessebene
3. 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 www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsindikatoren Pflegeheim und Spitex
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besuch Kantonsarzt Dr. Mani Begleitung Aufrechterhaltungsaudit

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 Spitex (inkl. Mahlzeitendienst)

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Ambulante postoperative Wundinfekte

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	Ganzer Betrieb Center da sandà Val Müstair
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ganzjährig
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Interne Umsetzung nach PDCA Kreislauf
Involvierte Berufsgruppen	Führungspersonal, Prozessverantwortliche
Evaluation Aktivität / Projekt	Aufrechterhaltungsaudit Norm ISO 9001:2015 ohne Auflagen erreicht

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 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 nach der Analyse und Risikoeinschätzung von den Verantwortlichen festgelegt und evaluiert.

Die Quickalerts, Projekte 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.

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 und Studien 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 Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit Einführung Epidemiologiegesetz
KR GG Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksg.ch/krebsregister.aspx	01.01.2020

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	2018	Rezertifizierung 11.2018 ohne Auflagen erreicht
REKOLE Zertifikat H+	Buchhaltung, Patientenadministration	2016	2016	Erstmalige Zertifizierung

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

Fragen	Vorjahreswerte 2017	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
Center da sandà Val Müstair		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.00	5.00 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.60	5.00 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.40	5.00 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.40	5.00 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.80	4.50 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	80.00 %	100.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018		10
Anzahl eingetreffener Fragebogen	2	Rücklauf in Prozent 20 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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.

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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

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 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.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

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

Jeder Kunde und alle Anspruchsgruppen (Stakeholder) haben die Möglichkeit eine Rückmeldung in Papierform oder digital an uns abzugeben. Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Wir haben im Betriebsjahr 2019 über das interne Rückmeldemanagement eine Zufriedenheitsrate von 90% (Dank und Lob) erreicht. Dieses Ergebnis ist zufriedenstellend und zeigt uns, dass wir gemeinsam auf dem richtigen Weg sind.

Die 7% Anregungen und 3% 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. Strukturen (Einrichtung), Prozesse und Arbeitsabläufe wurden angepasst. Unsere Kunden konnten zufriedengestellt werden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Rückmeldeformular
---	-------------------

5.2.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Spitex (inkl. Mahlzeitendienst)

Die Zufriedenheitserhebung in der Spitex wurde im 2013, 2016 und nun zum 3. Mal im 2019 mit der externen Messorganisation MECON durchgeführt.

Ziele:

- Erhebung der Zufriedenheit unserer Spitex und Mahlzeitendienst Kunden
- Aufzeigen der Entwicklung der eingeleiteten Verbesserungsmassnahmen seit 2013
- Vergleich mit anderen Spitexorganisationen

Spitex:

Die 21 Ratingfragen sind zu folgenden 5 Bereichen zusammengefasst:

- Kontakt zur Spitex
- Bedarfsabklärung
- Betreuung Qualität
- Betreuung Menschlichkeit
- Organisation

Mahlzeitendienst:

Anhand 8 Fragen konnten die Kunden folgende Kriterien bewerten:

- Abwechslungsreiche Zubereitung
- Wärme / Temperatur der Mahlzeit
- Berücksichtigung Diäten / Kostenformen
- Berücksichtigung der Wünsche
- Berücksichtigung Allergien
- Zufriedenheit / Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft Mahlzeitenauslieferung

Diese Patientenbefragung haben wir vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 durchgeführt.

Bereich Spitex (incl. Mahlzeitendienst)

Befragt wurden alle Klienten der Spitex mit KLV und HWL Leistungen und alle Mahlzeitendienstempfänger im angegebenen Zeitraum.

Die 5 befragten Bereiche wurden mit einem Zufriedenheitsindex (ZI* 0% = min; 100% = max.

Zufriedenheit) wie folgt bewertet:

Bereich/Kriterium	Zufriedenheit CSVM	Zufriedenheit alle Spitex-Org.	Differenz im Vergleich
Bereich Kontakt zur Spitex	93.1 %	89.7%	3.4%
Bereich Bedarfsabklärung	91.4 %	87.2%	4.2%
Bereich Betreuung Qualität	89.5 %	83.2%	6.3%
Bereich Betreuung Menschlichkeit	97.4 %	95.4%	2.0%
Bereich Organisation	82.1 %	82.1%	0.0%
Total	90.7%	87.5%	3.2%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Zusammenfassend haben wir eine Zufriedenheit von **90.7%** erreicht (von min 0% - max. 100%).

Die Entwicklung über die Jahre zeigt sich durch die eingeleiteten Verbesserungsmassnahmen positiv. Nun gilt es das hohe Niveau zu halten.

Im Vergleich zu 10 anderen Spitexorganisationen, die an der Messung teilgenommen haben, wurden wir zusammenfassend mit 3.2% besser bewertet. Über dieses Ergebnis freuen wir uns **und bedanken** uns bei **allen Kunden für das entgegengebrachte Vertrauen in unserer Arbeit.**

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	DCM-System

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

Büro: Mo/ Mi 8:00-12:00 Do 13.00-17:00 oder
digital per Email

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.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
Center da sandà Val Müstair				
Anteil externer Rehospitalisationen	0.00%	4.29%	4.16%	5.31%
Anzahl auswertbare Austritte 2017:				175

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/.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

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 10-15 Tagen
- Infektion später aufgetreten

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

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

Einschlusskriterien:

interne postoperative Wundinfektionsrate

externe postoperative Wundinfektionsrate (Überweisung zur weiteren Wundbehandlung im CSVM)

Ausschlusskriterien:

Schon bestehende Infektion vor Beginn der ambulanten Wundbehandlung

Wir haben im 2019 eine postoperative Wundinfektionsrate von 1.63% auf insg. 61 ambulanten Eingriffen.

Von externen haben wir 3 Wunden zur weiteren Wundbehandlung erhalten, 2 davon mit bestehendem Infekt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Auswertung wird mit den Verantwortlichen besprochen und ggf. Arbeitsprozesse von der Hygiene bis zur Sterilisation angepasst.

Das Ziel unter 3 % wurde erreicht, keine Verbesserungsmaßnahmen sind notwendig.

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.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
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
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	1	Anteil in Prozent (Antwortrate)		100.00%

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen 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.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Am Stichtag wurde die nationale Prävalenzmessung bei 1 Patient durchgeführt, Präventionsmassnahmen wurden beim Spitaleintritt von der Pflege eingeleitet. Es kam zu keinen Stürzen während dem Spitalaufenthalt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 Scherkräften.

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 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. 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.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
Center da sandà Val Müstair						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0	0	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019	1	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			100.00%	

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Am Stichtag wurde die nationale Prävalenzmessung bei 1 Patient durchgeführt, Präventionsmassnahmen wurden beim Spitaleintritt von der Pflege eingeleitet. Es kam zu keinen Dekubitus während dem Spitalaufenthalt.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 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 Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Umsetzung der neuen Empfehlungen zur Führung eines Bericht- und Lernsystems CIRS

Projektart:

Überarbeitung bestehendes CIRS System

- Die neuen Empfehlungen zur Führung eines Bericht- und Lernsystem CIRS von der Patientensicherheit Schweiz werden intern umgesetzt.
- Kritische Zwischenfälle werden über die CIRS Meldungen erfasst, welches als internes Bericht- und Lernsystem dient. Mitarbeiter haben die Möglichkeit anonym zu melden.
- Schadenfall Meldungen werden getrennt erfasst und bearbeitet.

Prozessziel:

- Eine Kultur zum konstruktiven Umgang mit Fehlern und Risiken fördern
- Essentielle Bedeutung der Vorbildfunktion der Leitungsebenen vergegenwärtigen
- Offene und wertschätzende Kommunikation führen und Vertrauen fördern
- Berichte nicht negativ bewerten oder sanktionieren
- Lernen aus Fehlern planen und unterstützen

Projektablauf/ Methodik:

- Teilnahme an der CIRNET Netzwerktreffen der Patientensicherheit Schweiz am 26.02.2019
- Vorstellung der neuen Empfehlungen in der Geschäftsleitung
- Interne Umsetzung auf Prozessebene und Anpassung der Meldeformulare
- Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiter
- Evaluation

Involvierte Berufsgruppe:

- Alle Berufsgruppen vom Center da sandà Val Müstair

Projektelevaluation:

- Erkenntnisse: Durch eine gezielte Sensibilisierung und Schulung aller Mitarbeiter konnte die offene Kommunikation weitergelebt werden. Dies zeigt sich im Eingang der CIRS Meldungen. Aus allen Berufsgruppen und Bereichen vom CSVM sind weiterhin CIRS Meldungen eingegangen, Verbesserungsmassnahmen konnten umgesetzt werden.
- Schadenfallmeldungen wurden anhand einem separaten Meldeformular / Meldeprozess dem direkten Vorgesetzten gemeldet.

Stand der Umsetzung:

- Projekt abgeschlossen
- Verschiedene Meldeverfahren sind den Mitarbeitern bekannt

Weiterführende Unterlagen (Quellen):

- Tagungsunterlagen CIRNET-Netzwerktreffen, Patientensicherheit Schweiz 02.2019
- Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystem CIRS, Patientensicherheit Schweiz 02.2019
- Siegelung und Entsiegelung von medizinischen Akten, Dr. Mattia Tonella 02.2019

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Dementia Care Mapping im Pflegeheim

Projektart:

- Demetia Care Mapping Erhebung 04.2018, Nachmapping 04.2019

Projektziel:

- Dementia Care Mapping dient der engmaschigen Beschreibung des Alltagserlebens von Menschen mit einer Demenz.

Projektablauf:

- Das Mapping wird in Zusammenarbeit mit Hr. Joachim Wurster (04.2018) und Fr. Judith Fasser (04.2019) in einer ausgewählten Bewohnerstube im Pflegeheim durchgeführt.
- Dazu wird in einem 5 Minuten-Rhythmus mittels festgelegter Kategorie aufgeschrieben, was die beobachteten Personen taten und wie der Eindruck ihres Affektes und des Kontaktes war. Im DCM-System stehen 23 Verhaltensregeln zur Verfügung.

Involvierte Berufsgruppen:

- Heimleitung, Bereichsleitung und Pflegepersonal

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen wurden im Pflorgeteam vorgestellt
- Anpassungen bei der Personal- und Arbeitseinteilung erfolgten
- Die Umsetzung der Massnahmen sind abgeschlossen

Weiterführende Unterlagen:

- Bericht des Dementia Care Mappings im CSVM, Hr. Joachim Wurster
- Bericht Nachmapping, Fr. Judith Fasser

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, Buchhaltung, Patientenadministration
5. Projektelevaluation / Konsequenzen: Die Zertifizierung wurde ohne Auflagen erreicht.
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 ohne Auflagen erreichen
3. Projektablauf / Methodik: Umsetzung nach PDCA Kreislauf (Überwachung über das KVP-Journal)
4. Involvierte Berufsgruppen: Alle Mitarbeiter vom CSVM
5. Projektelevaluation / Konsequenzen: Die Rezertifizierung wurde ohne Auflagen erreicht.
6. Weiterführende Unterlagen: Auditbericht SQS

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 geht uns alle an, sie ist das Produkt der Liebe zum Detail"

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
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie

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 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 (**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