

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 2022 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 2022.

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 2022

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 auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

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 ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



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 2022	11
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	12
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 kantonal 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	17
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	19
QUALITÄTSMESSUNGEN	20
Zufriedenheitsbefragungen	21
5 Patientenzufriedenheit	21
5.1 Eigene Befragung	21
5.1.1 Rückmeldemanagement	21
5.1.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Spitex	22
5.2 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	24
8 Zuweiserzufriedenheit	
Wir haben keine Zuweiserzufriedenheit durchgeführt	
Behandlungsqualität	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	25
10 Operationen	
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 Infektionen	26
11.1 Eigene Messung	26
11.1.1 Ambulante postoperative Wundinfekte	26
12 Stürze	27
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	27
13 Dekubitus	28
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	28
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	29
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	29
14.1.1 Freiheitseinschränkende Massnahmen	29
14.1.2 Ernährungsassessment	30
15 Psychische Symptombelastung	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	

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** 31

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 31

18.1.1 Umsetzung Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von
 healthcare assoziierte Infektionen (HAI) 31

18.1.2 Einführung TRIAGE System ESI (Emergency Severity Index) 32

18.1.3 Einführung Monitoring mit Überwachungszentrale 33

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022 34

18.2.1 Ausbau QMS mit integrierter Suchfunktion 34

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 35

18.3.1 Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE 35

18.3.2 Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015 35

19 **Schlusswort und Ausblick** 36

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 37

Akutsomatik 37

Anhang 2 38

Anhang 3 39

Herausgeber 40

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 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**.

Erster konkreter Erfolg in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

17 Jahre und viele Verhandlungsetappen sind Geschichte. Im Juni dieses Jahres durften wir mit unseren Partnern des Sanitätsbetriebes Südtirol, die Übernahme der Notfallversorgung für die angrenzende Gemeinde Taufers in Italien feierlich besiegeln.

Unser Kerngeschäft

Die Arztpraxis in der auch das Notfallambulatorium integriert ist, wird mit einer zunehmenden Anzahl von Notfällen konfrontiert.

Das Akutspital war kontinuierlich gut belegt. Es gab keine saisonale Schwankungen. Die Anzahl der Patienten ist gegenüber dem Vorjahr um 10% gestiegen, die Komplexität blieb in einem ähnlichen Rahmen.

Der Rettungsdienst rückte 156 mal aus. Die Einsätze unterteilten sich 56% Primär- und 44% Sekundäreinsätze. Zudem ist das Rettungsteam in der internen Notfallversorgung stark integriert und für die akutmedizinische Bereiche eine wertvolle Ergänzung.

Das Pflegeheim konnte die erwartete Belegung, im Duschschnitt von 25 Bewohnern erreichen.

Die Spitexdienstleistungen sind um 22% bei den Pflegestunden und um 10% bei den hauswirtschaftlichen Leistungen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

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 2022

- Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen zu den healthcare assoziierten Infektionen

(HAI) in Schweizer Akutspitälern von SWISSNOSO

- QMS Blaubuch Erarbeitung und Einführung von gezielten Medikamentenschemas zur Patientensicherheit, Bildung und Risikominimierung / Prävention von Fehlerquellen
- Planmässige Umsetzung von 14 internen Audits mit den Prozessverantwortlichen (PV)
- Abschluss Prozessmessgrössen auf Prozessebene definiert (insg. 41 Prozesse)

Evaluation Qualitätsmanagementsystem (QMS)

Unser prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem (QMS) mit integrierter 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](#).

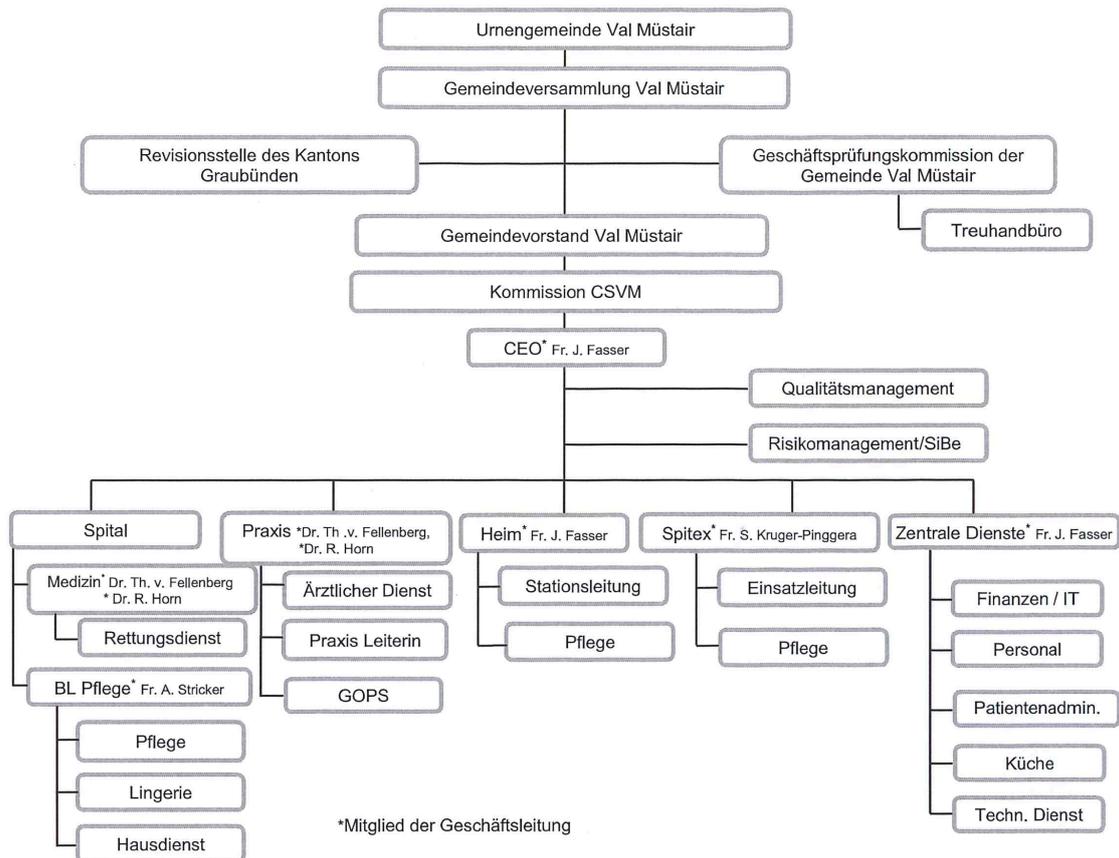
2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Management und Organisation

Organigramm Center da sandà Val Müstair (CSVM)
Gesundheitszentrum Val Müstair



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 Nemic
Medienstelle	Fr. J. Fasser
Qualitätsmanagement	Fr. B. Pobitzer Walther
Sicherheitsbeauftragter SiBe	Hr. C. Conradin

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **35%** Stellenprozente 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 2022 / Zeitraum / Verantw.

1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement (QMS) kontinuierlich weiterentwickeln

- 1.1 Neue Anforderungen in den Prozessen und Formularen anpassen, 2022 fortl., QM / PV
- 1.2 Prozessmessgrössen auf Prozessebene definieren, 2021 / 2022, QM / PV
- 1.3 Regelmässig (1-2x Jahr) an Teamsitzungen in allen Bereichen präsent sein, News im QMS vorstellen bzw. für Fragen zur Verfügung stehen, 1+3.Q.2022, QM

2. Durchführung internes Audit nach Plan

- 2.1 Internes Audit nach Auditplan im PDCA-Kreislauf durchführen, 05.-09.2022, QM
- 2.2 Gemeinsame Anpassung der auditierten Prozesse / Formulare, 05.-09.2022, QM / PV
- 2.3 Verbesserungsmassnahmen einleiten und mittels KVP-Journals überwachen, 05.-12.2022, QM / PV

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

- 3.1 Auditplan mit Leitenden Auditor erstellen, 10.-11.2022, QM
- 3.2 Hausinterne Vorbereitungen mit PV / BL zeitgerecht durchführen, 09.-11.2022, QM
- 3.3 Umsetzung der Verbesserungshinweise, 1.Q.2023, QM
- 3.4 Evaluation der Verbesserungsmassnahmen, 2.Q. 2023, QM

4. Professionelles Rückmeldemanagement

- 4.1 Alle Stakeholder haben Zugang zum Rückmeldemanagement, 2022, CEO / QM
- 4.2 Jede Rückmeldung wird in der GL besprochen und b. B. Verbesserungen eingeleitet, fortl. 2022, CEO / QM
- 4.3 Überwachung / Evaluation über das KVP-Journal, 2022, QM

5. Zufriedenheitserhebung Spitex 90% Zufriedenheitsindex erreichen

Mahlzeitendienst: zufriedene Mahlzeitendienstempfänger / prof. Allergenmanagement

- 5.1 Anfrage Offerte externe Befragungsfirma MECO, 1.Q.2022, QM
- 5.2 Umsetzung der Zufriedenheitserhebung nach Messplan, 2.-4.Q.22, MECO / QM
- 5.3 Auswertung / Vorstellung CEO / GL / Spitexteam, 4.Q.2022, MECO / QM
- 5.4 Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen nach PDCA, 1.Q.2023, BL Spitex

- 5.5 Interne Erhebung Mahlzeitendienst Durchführung nach Messplan, 2.-3.Q.22, QM
- 5.6 Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen im Küchenteam, 2.-4. Q.2022, Chefkoch

6. CIRS interne Umsetzung der Empfehlungen Patientensicherheit Schweiz

- 6.1 Jede CIRS Meldung wird anonymisiert und de-identifiziert, Verbesserungsmassnahmen werden eingeleitet und im betroffenen Meldekreis kommuniziert, ggf. Anpassung der Arbeitsprozesse gemeinsam mit der betroffenen BL, 2022, QM / BL
- 6.2 Evaluation der Verbesserungsmassnahmen mittels KVP Journal, 2022, QM / BL
- 6.3 Interne Kommunikation der Quick Alert's, Projekte und Empfehlungen der Patientensicherheit Schweiz um aus Fehlern anderer zu lernen / Präventionsarbeit intern, 2022, QM / CIRS Zirkel
- 6.4 Teilnahme Aktionswoche Medikamentensicherheit Bereiche Praxis/ Spital / PH/ Spitex, 09.2022, QM
- 6.5 Jährlicher CIRS Workshop / Tagung Patientensicherheit Schweiz und interne Informationsweitergabe an die Bereiche, 11.11.22, QM

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

- 7.1 Interne Vorbereitung und Information nationale Prävalenzmessung Sturz- und Decubitus, 11.2022, QM
- 7.2 Durchführung am Stichtag und Erhebung im LPZ Eingabeprogramm, 08.11.22, QM

8. Umsetzung Strategie NOSO «Strukturelle Mindesanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitälern»

- 8.1 Teilnahme am nationalen Symposium Swisnoso (Nationales Zentrum für Infektionsprävention) und interne Informationsübermittlung, 01.+08.22, QM
- 8.2 Ist- Soll Zustandserhebung mit Umsetzung der 7 Schlüsselkomponenten, 2021 /22, QM, HV, BL, Spitalärztin

9. Qualitätsauflagen Spitäler termingerecht erstellen

- 9.1 Erstellung Q-Bericht nach Vorlage H+, 31.05.22, QM
- 9.2 Export der Daten auf dem Spitalportal www.spitalinformation.ch, 31.05.22, QM
- 9.3 Einsenden Q-Bericht an die Kantonsärztin GR, 31.05.22, QM

10. Qualitätsindikatoren an das Gesundheitsamt GR termingerecht eingereicht

- 10.1 Vollständige Erstellung der Qualitätsindikatoren Spitex, 31.03.22, QM
- 10.2 Vollständige Erstellung der Qualitätsindikatoren Pflegeheim, 30.04.22, QM

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

1. Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen zu den healthcare assoziierten Infekten (HAI) in Schweizer Akutspitälern von SWISSNOSO
2. Im Qualitätsmanagementsystem (QMS) Erarbeitung und Einführung von gezielten Medikamentenschemas zur Patientensicherheit, Bildung und Risikominimierung /Prävention von Fehlerquellen im Blaubuch
3. Planmässige Durchführung der 14 internen Audits mit den Prozessverantwortlichen (PV)
4. In allen 41 Prozessen sind die Prozessmessgrössen auf Prozessebene definiert

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

Qualitätsziel / Status

1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement (QMS) kontinuierlich weiterentwickeln, 1.-3.Q.23 erreicht
2. Durchführung internes Audit nach Plan, 05.-12.23 erledigt
3. Aufrechterhaltungsaudit nach Norm ISO 9001:2015 bestanden, 11.2023 erledigt
4. Professionelles Rückmeldemanagement führen, 2022 fortl. erreicht
5. Zufriedenheitserhebung Spitex 90% Zufriedenheitsindex erreichen, 2022 erreicht, Mahlzeitendienst: zufriedene Mahlzeitendienstempfänger / prof. Allergenmanagement, 2.4.Q.22 erreicht
6. CIRS interne Umsetzung der Empfehlungen Patientensicherheit Schweiz, 2022 erledigt
7. Umsetzung der Messempfehlungen nach ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern, 2022 erledigt
8. Umsetzung Strategie NOSO «Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI) in Schweizer Akutspitälern», 2022 erledigt
9. Qualitätsauflagen Spitäler termingerecht erstellen, 05.22 erledigt
10. Qualitätsindikatoren (PH und Spitex) an das Gesundheitsamt GR termingerecht einreichen, 04.22 erledigt

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 und ohne Auflagen 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:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung 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

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

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)	2021-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes 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
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

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

COVID-19 Vorgaben im Gesundheitszentrum bereichsübergreifend umsetzen

Ziel	Verhinderung der Ausbreitung COVID-19 Virus; Schutz von besonders gefährdeten Personen, Schutz der Mitarbeitenden vor einer Ansteckung, Vorhandensein von ausreichend Schutz- und Hygienematerial, Aufrechterhaltung des Betriebes etc.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Gesundheitszentrum CSVM
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2020-2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	Bestmöglicher Schutz für unsere Kunden und Mitarbeiter zu gewähren
Methodik	Externe Vorgaben intern schulen und umsetzen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	2022
Weiterführende Unterlagen	Schutzkonzept COVID-19 CSVM, Interne Anweisungen und Hygienestandards, Test- und Impfvorgaben etc.

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 ein internes Bericht- und Lernsystem, für jeden Mitarbeiter zugänglich und Meldungen können anonym erfasst werden. Sanktionsfreiheit ist gegeben, Vorgesetzte leben Vorbildfunktion. Sofortmassnahmen werden direkt eingeleitet, weitere Verbesserungsmassnahmen und Prozessanpassungen werden nach der Ursachenanalyse nach London Protokoll und Risikoeinschätzung von den Verantwortlichen festgelegt und evaluiert.

- Im CIRNET Meldemonat März zum gewählten Hot-Spot der Patientensicherheit Schweiz "Probleme beim Infektions- und Isolationsmanagement" haben wir aktiv mitgemacht.
- Bei der nationalen Aktionswoche im September "Gemeinsam zur sicheren Medikation" haben wir unsere Kunden und Mitarbeiter mittels Aushänge sensibilisiert und in den Teams besprochen.
- 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 Eigene Befragung

5.1.1 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.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 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.

Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Wir haben im Betriebsjahr 2022 über das interne Rückmeldemanagement eine Zufriedenheitsrate von 71% (Dank und Lob) erreicht. Die 10% Anregungen und 19% Beanstandungen sehen wir als Chance uns weiterzuentwickeln.

Das Ziel über 75% positive Rückmeldungen zu erreichen ist uns nicht gelungen. Dauerbrenner Mangel an Parkplätzen, Unzufriedenheit mit der Containersituation forderten grundlegende Entscheide. Einzelne Verbesserungsmassnahmen sind noch in Umsetzung. Die fortlaufende Kontrolle läuft über das KVP Journal.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die eingeleiteten Verbesserungsmassnahmen wurden mit den betroffenen Bereichsleitern evaluiert. Die Containersituation und Parkplatzmangel sind noch in Abklärung bei der Kommission und CEO.

Angaben zur Messung

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

5.1.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Spitex

Mit umfassender Befragung durch die unabhängige Auswertungsstelle MECON measure & consult GmbH erhalten wir Rückmeldungen zur Zufriedenheit und Anregungen für Verbesserungspotenzial unserer Spitexkunden inkl. Mahlzeitendienst.

Im 3-Jahresrhythmus wurde nun schon die 4. Zufriedenheitserhebung in der Spitex vom 01.01.2022-31.12.2022 durchgeführt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 01.01.2022 bis 31.12.2022 durchgeführt.

Bereich Spitex und Mahlzeitendienst

Befragt wurden alle Spitexkunden und Mahlzeitendienstempfänger.

Rücklaufquote:

Verteilt wurden 97 Fragebögen, retour gesendet 44, Rücklaufquote von 45.4%.

Rücklauf der Soziodemographie:

- Alter: 7% 0-64-jährig, 93% 64 und älter
- Geschlecht: 76% weiblich, 24% männlich
- Dauer Einsatz: 52,5% sind langjährige Einsätze
- Pflegerische Leistungen: 75%
- Hauswirtschaftliche Leistungen: 25%
- Fahrdienst: 12%
- Mahlzeitendienst: 26%
-

Befragt wurden 6 Themenbereiche mit insg. 20 Fragen, dargestellt mit dem Zufriedenheits-index (ZI* 0% = min; 100% = max. Zufriedenheit):

- Thema Information 88.2%
- Thema Organisation 91.3%
- Thema Leistungserbringung 91.7%
- Koordination mit weiteren Beteiligten 90.6%
- Qualität 91.8%
- Soziale Kompetenzen 96.4%

Über alle 6 Themenbereiche haben wir eine sehr gute Bewertung von **91.7% Zufriedenheit** (min.0%-max.100%) erreicht. Unseren Klienten wird der Wunsch «so lange wie möglich in Ihrem geliebten Zuhause bleiben» durch den professionellen Einsatz unserer Spitexmitarbeiter/Innen mit viel Herzblut, Engagement und Flexibilität erfüllt. Verbesserungspotenzial finden sich im Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen.

Mahlzeitendienst

Die Auswertung über die gelieferten Mahlzeiten zeigt auch eine hohe Zufriedenheit. Allergien, Diäten / Kostenformen und Wünsche werden immer berücksichtigt. Einzelne Anregungen wurden aufgenommen und Massnahmen eingeleitet. Die Freiwilligen Fahrer, welche die Mahlzeiten zu Hause bringen wurden für Ihre Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft mit einer max. Zufriedenheit von **100%** bewertet.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Auf der Vergleichsebene mit 77 anderen Schweizer Spitex Organisationen schneiden wir in allen 6 Themenbereichen besser ab, ersichtlich in der Graphik Differenz zum Benchmark.

Über die letzten 10 Jahre (Erhebungen im 3 Jahresrhythmus) zeigt sich eine **konstante Zufriedenheit von 90.6%**.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

5.2 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

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Im 2022 wurde die Mitarbeiterzufriedenheit durch die Personalkommission durchgeführt, ausgewertet und der CEO vorgestellt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 01.09.2022 bis 31.10.2022 durchgeführt.
Alle Mitarbeiter vom Gesundheitszentrum CSVM.

Die Daten sind vertraulich, keine Publikation.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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.

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

Messergebnisse

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

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

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

Begründung

Zu kleine Fallzahlen.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wir haben sehr kleine Fallzahlen.

Angaben zur Messung

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

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 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)

In der Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen zu den healthcare assoziierten Infektionen (HAI) in Schweizer Akutsitälern erheben wir zudem neu seit 2022 die Katheter-assoziierte Blutstrominfektionen z.B. PICC, ZVK etc.

Ausschlusskriterien:

Schon bestehende Infektion vor Beginn der Behandlung

Wir haben eine postoperative Wundinfektionsrate von 0% auf insg. 87 ambulante Eingriffe.

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

Bemerkungen

Unser internes Messinstrument zur Erfassung der Wundinfektionsrate wurde erweitert, die Katheter-assoziierte Blutstrominfektionen werden gemäss Vorgaben SWISSNOSO ab 2022 zusätzlich erhoben.

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 Patientinnen und 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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

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

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

Begründung

Wir haben sehr kleine Fallzahlen, am Erhebungstag hatten wir nur 3 Akutpatienten. Für uns ist die Auswertung nicht aussagekräftig.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Jeder Spitaleintritt wird anhand Assessment Sturzrisikoerfassung eingestuft und ggf. Präventionsmassnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet und evaluiert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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 Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

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

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

Begründung

Wir haben sehr kleine Fallzahlen, am Erhebungstag hatten wir nur 3 Akutpatienten. Für uns ist die Auswertung nicht aussagekräftig.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Jeder Spitaleintritt wird anhand Assessment Norton-Skala eingestuft und ggf. Präventionsmassnahmen zur Decubitusprophylaxe eingeleitet und evaluiert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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 wird die Ausgangslage (Situation / Problem) eingeschätzt und gemäss den Qualitätsindikatoren in der Pflege bewegungseinschränkende Massnahmen eingeleitet bei:

1. Selbstgefährdung

- Weglaufgefahr
- Sturzgefahr
- andere Selbstgefährdung

2. Fremdgefährdung

- Physisches aggressives Verhalten
- Gefährdung des Strassenverkehrs
- andere Fremdgefährdung

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Akutspital, Pflegeheim, Spitex

Der Einsatz von freiheitseinschränkende Massnahmen wird gemäss internem Pflegestandard eingesetzt und regelmässig evaluiert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Heime und Spitäler Graubünden
Methode / Instrument	Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen

14.1.2 Ernährungsassessment

Beim Eintritt erfolgt die Bestimmung des Ernährungszustandes um Unterernährung (quantitative Mangelernährung) und Fehlernährung (qualitative Mangelernährung) zu erkennen.

Die Erhebung umfasst:

- Gewicht
- BMI
- Anamnese (Veränderung vom Körpergewicht, Appetit, gastrointestinalen Symptomen)
- Screening Tests (Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional Risk Screening (NRS))

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Spital, Pflegeheim und Spitex

Der Erhebungen wurden mittels Assessment durchgeführt und ggf. wurden Massnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustandes eingeleitet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Im 2022 wurde der Kostenformenkatalog und die Formulare zur Ernährung von den Verantwortlichen überarbeitet und Verbesserungen zum Allergenmanagement umgesetzt.

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 Akutspitälern

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

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

18.1.3 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 über die Investition
- 3.Q.2023 Installation zentraler Überwachungsanlage
- 2024 Evaluation

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Erkenntnisse: Sitzung der Projektgruppe im 3.Q.2023 geplant
- Abgeleitete Massnahmen: folgen

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

- Entscheid für welches Überwachungssystem erfolgt in der Kommission im 06.2023
- Projekt wird durch BL Pflege geleitet
- Überwachung erfolgt durch die CEO / GL

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Ausbau QMS mit integrierter Suchfunktion

Projektart:

- Verbesserung internes prozessorientiertes Qualitätsmanagement System (QMS) mit integrierter Suchfunktion

Prozessziel:

- Mitarbeiter finden mit der Suchfunktion die gesuchten Dateien im QMS

Prozessablauf / Methodik:

1.Q.2020: Miteinbezug aller Mitarbeiter mittels Brainstorming Vorstellung / Wünsche an das neue QM-System

2.Q.2020: Abklärung mit Südbünder Spitäler , welches QM-System, sie nutzen, wie zufrieden sie im Arbeitsalltag sind, Kosten / Nutzen

2.-3. Quartal: Diverse QM-Systeme auf dem Markt wurden angeschaut, Systemvorstellungen vor Ort im CSVM oder per Ferngespräch, Besuch im Spital Samedan / Austausch über QM-System

4.Q.2020: Diverse Abklärungen mit IT-Firma Informatica bzgl. ISO 9001:2015 Normkonformität

4.Q.2020: Testphase Programm Doku Wiki

4.Q.2020: Installation Doku Wiki Aufbau und verlinken aller Dateien

1.Q.2021: Systemfreigabe durch CEO / Vorstellung in GL, Einführung in alle Bereiche

1.-2.Q.2021: Evaluation neues QMS

2022 Fortlaufende Präsenz bei Teamsitzungen in allen Bereichen für Fragestellungen bzgl. QMS und Vorstellung News

Involvierte Berufsgruppen:

- CEO, GL, Leiterin QM, Bereichsleiter, Mitarbeiter

Projektelevaluation:

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen: Suchfunktion wird von den Mitarbeitern genutzt, gesuchte Dateien werden gefunden

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

Projekt ist abgeschlossen, bei Fragen und Unklarheiten zum QM-System kommen die Mitarbeiter auf die Leiterin QM direkt zu. Neue Mitarbeiter werden innerhalb der Einführungszeit im QM-System eingelernt.

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. Projektevaluation / Konsequenzen: Zertifizierung wurde erreicht, einzelne Verbesserungen wurden umgesetzt
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. Projektevaluation / Konsequenzen: Die Rezertifizierung wurde erreicht
6. Weiterführende Unterlagen: Auditbericht SQS, Zertifikat SQS ISO 9001:2015

19 Schlusswort und Ausblick

Schlusswort:

Als kleine Institution so peripher gelegen ist es besonders wichtig, unseren Kunden gute Qualität zu bieten um eine hohe Zufriedenheit zu erreichen. Gemeinsam streben wir eine hohe Qualität an und setzen uns für diese Verwirklichung tagtäglich ein.

"Qualität hat ihren Fleiss"

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 kontinuierlichem Verbesserungsjournal zu evaluieren.

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

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 14. 12. 2021 – 14. 12. 2024
 Ausgabe 14. 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



Seite 38 von 40

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.