

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 2018



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 2018.

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 2018

Frau
Barbara Pobitzer Walther
Leiterin Qualitätsmanagement
081 851 6198
barbara_walther@csvm.ch

Der Geschäftsbericht 2018 kann auf unsere Homepage www.csvm.ch heruntergeladen werden.

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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

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

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.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 2018	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	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	
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
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 Dementia Care Mapping im Pflegeheim	20
5.3 Beschwerdemanagement	20
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	21
9 Wiedereintritte	21
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	21
10 Operationen	
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 Infektionen	22
11.1 Eigene Messung	22
11.1.1 Ambulante postoperative Wundinfekte	22
12 Stürze	23
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	23
13 Wundliegen	25
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	25
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Die Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen ist im Akutspital nicht obligatorisch.	
15 Psychische Symptombelastung	
Die Erhebung der psychischen Symptombelastung ist im Akutspital nicht obligatorisch.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

Diese Erhebung ist im Akutspital nicht obligatorisch.

17 Weitere Qualitätsmessungen
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18 Projekte im Detail 27

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 27

18.1.1 Überarbeitung Pflegestandard Bewegungseinschränkende Massnahmen 27

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 28

18.2.1 Zufriedenheitserhebung Praxis 28

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 28

18.3.1 Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE 28

18.3.2 Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015 28

19 Schlusswort und Ausblick 29

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 30

Akutsomatik 30

Herausgeber 31

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 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](#).

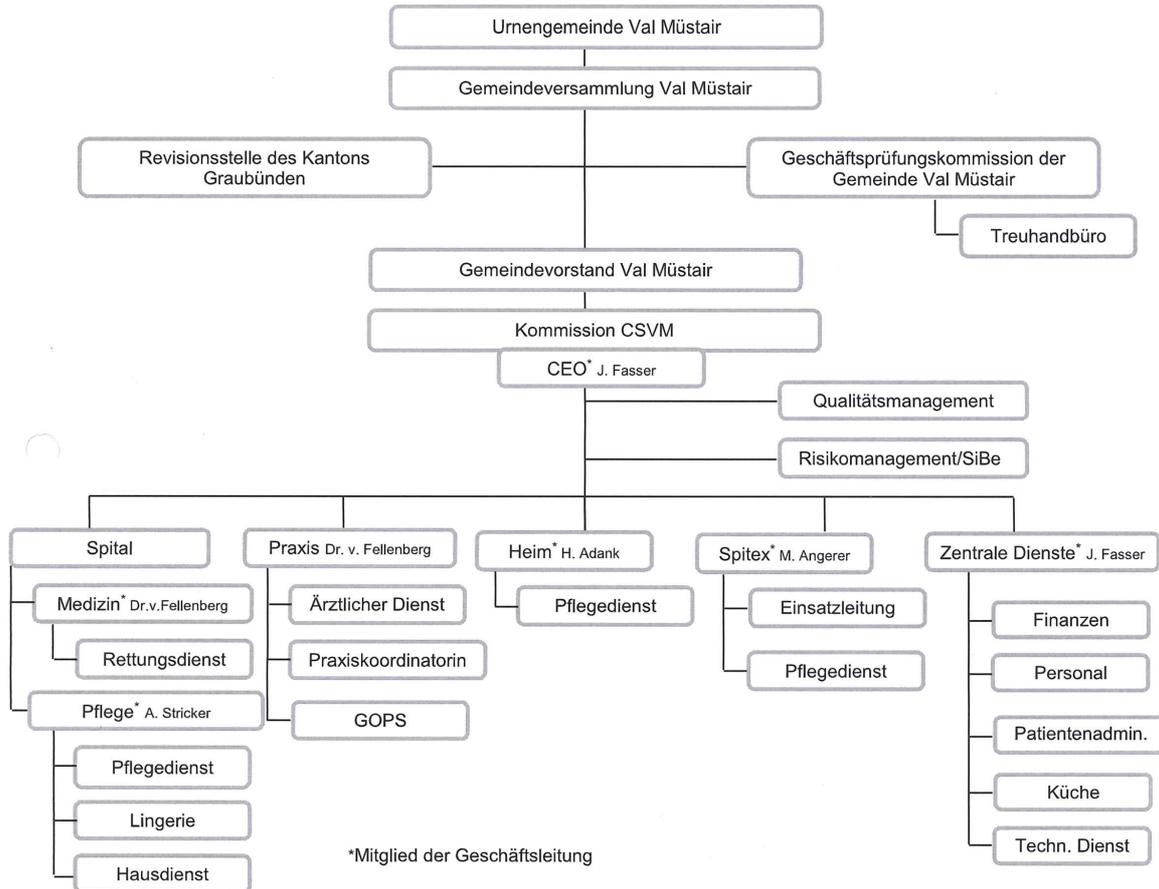
2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Management und Organisation

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



Abteilungen:

Finanzen	M. Angerer
GOPS	Ch. Angerer
Hausdienst	A. Stricker
Küche	J. Melcher
Lingerie	L. Lechthaler
Patientenadministration	A. Tschenett
Personal	C. Peterelli
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	D. Kosel
Medienstelle	J. Fasser
Sicherheitsbeauftragter SiBe	C. Conradin
Vigilance Kontaktperson	Dr. v. Fellenberg

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

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 2018:

1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement im CSVM

1.1 Prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach Norm ISO 9001:2015 wird im ges. Center da sandà nach den Vorgaben geführt

1.2 Hinweise zur kontinuierlichen Verbesserung werden fortlaufend umgesetzt

2. Durchführung interne Audits nach Plan

2.1 Auditplan erstellen / Auditchecklisten nach Norm 9001:2015 anpassen

2.2 Durchführung interne Audits mit den Prozessverantwortlichen

2.3 Anpassung der Prozesse und Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen mittels PDCA-Zyklus

3. Rezertifizierung ISO 9001:2015 ohne Abweichungen erreichen

3.1 Vorbereitung Rezertifizierung, Auditprogramm, geforderte Daten für Auditor, Information an die Verantwortlichen

3.2 Begleitung Auditor während Audit

3.3 Umsetzung der Hinweise zur kontinuierlichen Verbesserung vom Auditbericht

4. Zufriedenheitserhebung Bereich Pflegeheim mittels Dementia Care Mapping

4.1 Planung CEO und BL

4.2 Durchführung Mapping Hr. J. Wurster

4.3 Auswertung der Schlüsselergebnisse

4.4 Durchführung Nachmapping CEO Fr. J. Fasser

4.4 Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen nach PDCA Kreislauf

5. Weiterentwicklung Risikomanagement

5.1 Eine Risikoidentifikation und Risikobewertung ist durchgeführt

5.2 Massnahmen sind eingeleitet

5.3 Erstellung Risikomanagementbericht

5.4 Weiterentwicklung IKS Prozessebene Praxis

6. Durchführung Lieferantenbewertung

6.1 Planung der Lieferantenbewertung in den risikobasierten Bereichen

6.2 Durchführung der Bewertungen mit Einholung der Zertifikate / Q-Label

6.3 Auswertung der Schlüsselergebnisse und Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen

7. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

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

8. CIRS als Bericht- und Lernsystem nutzen

8.1 CIRS wird als Bericht- und Lernsystem von allen Mitarbeitern genutzt

8.2 Jede CIRS Meldung wird besprochen, Verbesserungsmassnahmen eingeleitet ggf. Anpassung der Arbeitsprozesse und Kommunikation im betroffenen Meldekreis / oder bereichsübergreifend

8.3 Evaluation der Verbesserungsmassnahmen

8.4 Interne Kommunikation der Quick Alert's / Projekte von der Patientensicherheit Schweiz und Umsetzung der Empfehlungen

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

9.1 Erhebung Patientenzufriedenheit Monat September 2018

9.2 Prävalenzmessung Sturz- und Decubitus 13.11.2018

9.3 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

10. Erfüllung der Qualitätskontrollen in den Spitälern

10.1 Erstellung Q-Bericht nach Vorlage H+ bis zum 31.05.2018

10.2 Export auf www.spitalinformation.ch

10.3 Abgabe der angeforderten Unterlagen an den Kantonsarzt Dr. M. Mani inkl. Q-Bericht

11. Erhebung der Qualitätsindikatoren Pflegeheim und Spitex

11.1 Einsenden der angeforderten Q-Indikatoren Bereich Spitex bis zum 31.03.2018

11.2 Einsenden der angeforderten Q-Indikatoren Bereich Pflegeheim bis zum 31.04.2018

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

1. Fortlaufende Weiterentwicklung vom internen prozessorientierten Qualitätsmanagementsystem (QMS)

2. Prozessreviews mit Prozessverantwortlichen erstellen und Integration in der Managementbewertung 2018

3. Durchführung der Lieferantenbewertung

4. Durchführung Dementia Care Mapping im Pflegeheim

5. Gute Vorbereitung für die Rezertifizierung nach Norm ISO 9001:2015 im November 2018

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- 1. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach Norm ISO 9001:2015 wurde im gesamten CSVM weiterentwickelt**
- 2. Die Prozessreviews wurde mit den Prozessverantwortlichen erstellt und in der Managementbewertung 2018 integriert**
- 3. Interne Audits wurden nach Plan durchgeführt, Prozesse und Formulare aktualisiert**
- 4. Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015 im November ohne Auflagen erreicht**
- 5. Check und Act der Verbesserungsmaßnahmen in der Praxis**
- 6. Dementia Care Mapping im Pflegeheim durchgeführt, Nachmapping im April 2019 erforderlich**
- 7. Lieferantenbewertung durchgeführt, aus Schlüsselergebnissen Massnahmen eingeleitet**
- 8. Umsetzung der Messempfehlungen nach ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern**
- 9. Verbesserungsmaßnahmen aus CIRS Meldungen und Quick-Alerts in den betroffenen Bereichen umgesetzt**

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- 1. Weiterentwicklung prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach den neuen Normanforderungen ISO 9001:2015**
- 2. Interne Audits nach Plan durchführen und Weiterentwicklung auf Prozessebene**
- 3. Einhaltung der Qualitätsanforderungen und Auflagen**
- 4. Empfehlungen von Patientensicherheit Schweiz zur Führung eines Bericht- und Lernsystem CIRS umsetzen, interne Prozessanpassung und Mitarbeiterschulung**

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 ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ 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 ▪ Qualitätskontrolle in Spitälern, jährliche Selbstdeklaration

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▪ Dementia Care Mapping im Pflegeheim

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	Alle Bereiche vom 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	Rezertifizierung 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.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Norm ISO 9001:2008 von 2009 bis 2015, ab 2015 Norm ISO 9001:2015	Alle Bereiche vom Center da sandà Val Müstair	2009	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		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Center da sandà Val Müstair		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?		4.00 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?		4.60 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.40 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?		4.40 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?		3.80 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?		80.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		12
Anzahl eingetreffener Fragebogen	5	Rücklauf in Prozent 42 %

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 Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 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 2017 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 2018 durchgeführt.

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

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

Wir haben im Betriebsjahr 2018 über das interne Rückmeldemanagement eine Zufriedenheitsrate von 73% (Dank und Lob) erreicht. Dieses Ergebnis ist zufriedenstellend und zeigt uns, dass wir gemeinsam auf dem richtigen Weg sind.

Die 13.5% Anregungen und 13.5% Beanstandungen sehen wir als Chance uns weiterzuentwickeln, Massnahmen wurden nach PDCA Kreislauf umgesetzt und evaluiert. Die fortlaufende Kontrolle läuft über das KVP Journal.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Bei der Evaluation der Massnahmen zeigt sich Verbesserung, Prozesse und Arbeitsabläufe wurden angepasst. Unsere Kunden konnten zufriedengestellt werden.

Angaben zur Messung

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

5.2.2 Dementia Care Mapping im Pflegeheim

Das Dementia Care Mapping dient der engmaschigen Beschreibung des Alltagslebens von Menschen mit einer Demenz. Dazu wurde im 5 min Rhythmus mittels festgelegter Kategorien aufgeschrieben, was die beobachteten Personen taten und wie der Eindruck ihres Affektes und des Kontaktes war. Dazu stehen im DCM-System 23 Verhaltenskategorien zur Verfügung. Diese bilden ein breites Spektrum an möglichen Beschäftigungsthemen ab, in denen sich die anwesenden Personen bewegen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat April durchgeführt.
Die Erhebung fand am 19. und 20. April statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Erhebung wurde speziell in unserer Bewohnerstube im Pflegeheim durchgeführt.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Center da sandà Val Müstair

Leiterin Qualitätsmanagement

Barbara Pobitzer Walther

Leiterin Qualitätsmanagement

081 861 61 98

barbara.walther@csvm.ch

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

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Messung wird bei allen internen, ambulanten Eingriffen durchgeführt.

Erhoben werden alle interne Patienten an denen ambulante Eingriffe durchgeführt oder von extern an uns zur weiteren Behandlung überwiesen wurden.

Wir haben im 2018 eine postoperative Infektionsrate von 1.8% bei 55 ambulanten Eingriffen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Ziel wurde erreicht.

Es bedarf keine Verbesserungsmaßnahmen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Erfassungsbogen ambulante postoperative Wundinfekte

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
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 2018	3	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 3 Patienten 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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	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 Schwerkraften.

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			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
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 2018	3	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 3 Patienten 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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 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 Überarbeitung Pflegestandard Bewegungseinschränkende Massnahmen

1. Projektart: Überarbeitung hausinterner Pflegestandard Bewegungseinschränkende Massnahmen (BeM)
2. Projektziel: Korrekte Anwendung der BeM nach gesetzliche geregelte Massnahmen (KESB)
 - Ziel bei der Anwendung von BeM ist stets die Abwendung einer Selbst- und / oder Fremdgefährdung. Die Sicherheit der Pflegeempfänger (PE steht für Patient / Bewohner / Klient) und des Personals ist jederzeit zu gewährleisten. Personen und Sachschäden müssen vermieden werden. Die Bewegungsfreiheit soll allerdings erst dann eingeschränkt werden, wenn keine andere Massnahme zur Verfügung steht, mit der dasselbe Ziel erreicht werden kann. Die Massnahme muss also in jedem Fall verhältnismässig sein. Der Einsatz von bewegungseinschränkender Interventionen ist situativ genau zu prüfen und kommt nie an erster Stelle zu stehen. Es kann vorkommen, dass eine Fremd-/ oder Selbstgefährdung nur mit Massnahme gegen den Willen des Pflegeempfängers abgewendet werden kann. In dieser Situation sind die Klärung der Urteilsfähigkeit des Pflegeempfängers sowie die Dringlichkeit der Massnahme von zentraler Bedeutung. Die Primär- und Sekundärfolgen einschränkender Massnahmen sind im Rahmen der Sorgfaltspflicht zu minimieren.
3. Projektablauf:
 - Methodik: Umsetzung nach PDCA Kreislauf (Überwachung erfolgt über das KVP-Journal)
 - Datensammlung Merkblatt KESB, Erwachsenenschutzrecht (seit 1.1.2013 in Kraft Art. 383 ZGB regelt ausschliesslich die Einschränkung der Bewegungsfreiheit bei urteilsunfähigen Personen in Wohn – und Pflegeeinrichtungen), Schulungsunterlagen
 - interner Pflegestandard wird von den Verantwortlichen überarbeitet / ergänzt
 - Bereichsübergreifende Schulung der Mitarbeiter
 - Begleitung in der Umsetzung
4. Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege bereichsübergreifend (Akutspital, Pflegeheim, Spitex), Leiterin Qualitätsmanagement
5. Projektevaluation:
 - 01.2019 BeM Massnahmen werden in allen Bereichen korrekt angewendet, gesetzlich geforderte Unterschriften liegen vor
 - Stand der Umsetzung: abgeschlossen
6. Weiterführende Unterlagen:
 - Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG SSG, Freiheit und Sicherheit Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen
 - Komplett überarbeitete Neuauflage 2011 - Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde GR (KESB)
 - Tagung Zernez 02.2015 - Merkblatt Anordnung Bewegungseinschränkende Massnahmen KESB

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Zufriedenheitserhebung Praxis

1. Projektart: Zufriedenheitserhebung Praxis
2. Projektziel: Zufriedene Praxispatienten, Verbesserung der Praxisabläufe
3. Projektablauf:
 - Methodik: Umsetzung nach PDCA Kreislauf (Überwachung erfolgt über das KVP-Journal)
 - Durchführung der Patientenzufriedenheitserhebung
 - Analyse
 - Auswertung der Schlüsselergebnisse
 - Einleiten der Verbesserungsmaßnahmen
 - Evaluation
4. Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Praxispersonal, Leiterin Qualitätsmanagement
5. Projektevaluation:
 - 3. Quartal 2018
 - Stand der Umsetzung: abgeschlossen

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE

1. Projektart: Zertifizierung REKOLE
2. Projektziel: Kosten- und Leistungstransparenz auf nationaler Ebene
3. Projektablauf / Methodik: Nach Vorgaben H+
4. Involvierte Berufsgruppen: CEO, Buchhaltung, Patientenadministration
5. Projektevaluation / 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 PSCA Kreislauf (Überwachung über das KVP-Journal)
4. Involvierte Berufsgruppen: Alle Mitarbeiter vom CSVM
5. Projektevaluation / 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 (ohne Stroke Unit)
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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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