

Akutspital

Arztpraxis

Rettungsdienst

Pflegeheim

Spitex

Mahlzeitendienst

Physiotherapie

Mütter- und Väterberatung

Fusspflege

Zahnarzt

Psychiatrische Beratung

Augenarzt



Center da sandà Val Müstair

CH-7536 Sta. Maria



Notfallnummer: 144

QUALITÄTSBERICHT 2021 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 2021.

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 2021

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

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

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitatsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santsuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitatsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform spitalinfo.ch publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

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	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	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	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Rückmeldemanagement	20
5.2.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Pflegeheim	21
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	22
9 Wiedereintritte	22
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen	22
10 Operationen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 Infektionen	23
11.1 Eigene Messung	23
11.1.1 Ambulante postoperative Wundinfekte	23
12 Stürze Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurde die nationale Prävalenzmessung Sturz und Decubitus abgesagt.	
13 Dekubitus Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurde die Prävalenzmessung Sturz und Decubitus abgesagt.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	24
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	24
14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	24
14.1.2 Ernährungsassessment	25
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

16	Zielerreichung und Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	26
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	26
18.1.1	Neuaufbau prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem mit Suchfunktion	26
18.1.2	Umsetzung Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierte Infektionen (HAI)	27
18.1.3	Einführung TRIAGE System ESI (Emergency Severity Index)	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	29
18.2.1	Erstellung COVID-19 Schutzkonzept	29
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	29
18.3.1	Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE	29
18.3.2	Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015	29
19	Schlusswort und Ausblick	30
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	31
	Akutsomatik	31
	Anhang 2	32
	Anhang 3	33
	Herausgeber	34

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
- Ernährungsberatung

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**.

Die COVID-19 Pandemie hat uns als Gesundheitszentrum in den letzten 2 Jahren stark gefordert. **Gemeinsam** haben wir die Herausforderung professionell mit grossem Einsatz, Motivation und Flexibilität gemeistert.

Anforderungen mussten im Eilzugtempo kommuniziert und umgesetzt werden, ein bereichsübergreifendes Schutzkonzept wurde erstellt und intern den Mitarbeitern vorgestellt. Für die Impfungen und Testungen wurden interdisziplinäre Teams organisiert. Die Impfungen fanden in der Bevölkerung sehr grosse Beachtung und Zufriedenheit und bei den Mitarbeitern grosse gegenseitige Wertschätzung.

Weiterentwicklung:

Unser prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem (QMS) wurde neu aufgebaut und mit einer Suchfunktion eingerichtet. Den Mitarbeitern ist es nun 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.

In den Prozessreviews wurden zusätzlich relevante Messgrössen definiert und in die Management Bewertung integriert. Chancen, Risiken und Prozessmessgrössen wurden auf Prozessebene definiert. Das Blaubuch wurde von unserem Co-Chefarzt weiterentwickelt, regelmässige Einträge erfolgen von den Kaderärzten.

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

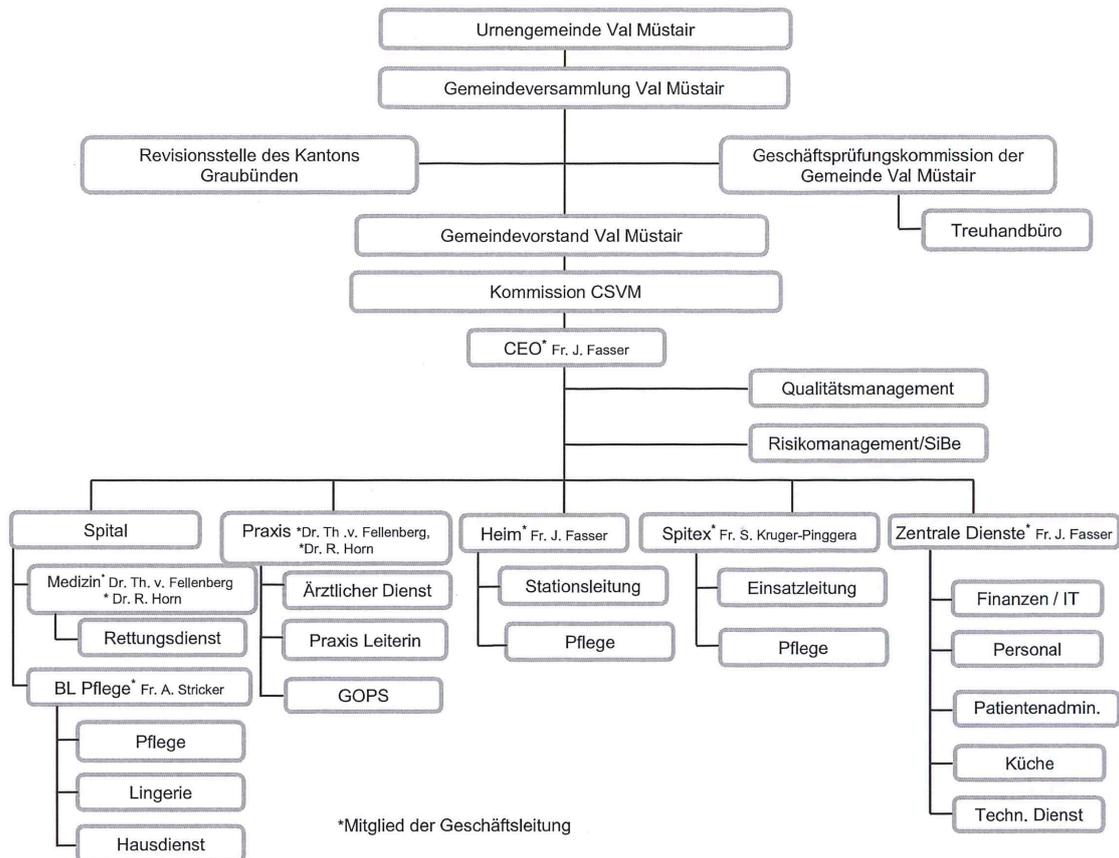
2 Organisation des Qualitätsmanagements

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 **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 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 2021:

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

- 1.1 Neues QMS in den Bereichen schulen, Mitarbeiter begleiten und nach 3 Monaten evaluieren
- 1.2 Neue Anforderungen werden in den Prozessen und Formularen fortlaufend angepasst. Erstellung COVID-19 Schutzkonzept für das ges. CSV
- 1.3 Prozessmessgrössen auf Prozessebene definieren
- 1.4 Regelmässig an Teamsitzungen präsent sein / News im QMS vorstellen bzw. für Fragen zur Verfügung stehen

2. Durchführung interne Audits nach Plan

- 2.1 Internes Audit nach PDCA-Kreislauf durchführen
- 2.2 Aktualisierung der Prozesse, mitgeltende Unterlagen und Formulare mit den Prozessverantwortlichen
- 2.3 Verbesserungsmassnahmen werden eingeleitet und mittels KVP-Journal überwacht

3. Aufrechterhaltungsaudit / Re-Zertifizierung nach Norm ISO 9001:2015 ohne Auflagen erreichen

- 3.1 Auditprogramm mit SQS leitendem Auditor Dr. A. Trapp erstellen
- 3.2 Hausinterne Vorbereitungen mit PV / BL zeitgerecht durchführen
- 3.3 Begleitung während Audittagen
- 3.4 Umsetzung der Verbesserungshinweise
- 3.5 Evaluation der Verbesserungsmassnahmen

4. Praxis Zufriedenheit bzgl. Wartezeit verbessern

- 4.1 Aufgrund diverser Rückmeldungen legen wir den Fokus auf die beanstandeten Wartezeiten
- 4.2 Umsetzung interner Verbesserungsmassnahmen:
 - Verbesserung der Terminplanung
 - Zeitgerechte Information an wartende Patienten durch die Tagesverantwortliche MPA
 - Angebot Ersatztermin
- 4.3 Evaluation

5. Pflegeheim Zufriedenheitserhebung hohe Zufriedenheit der Bewohner erreichen

- 5.1 Auswahl Art Zufriedenheitserhebungsverfahren
- 5.2 Durchführung gemäss Messplan unter Einhaltung der COVID-19 Schutzauflagen
- 5.3 Auswertung und Vorstellung in GL und Bereich PH
- 5.4 Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen nach PDCA

6. CIRS interne Umsetzung der Empfehlungen Patientensicherheit Schweiz

- 6.1 Jede CIRS Meldung wird anonymisiert und de-identifiziert. Risikoanalyse nach London Protokoll. Verbesserungsmaßnahmen werden eingeleitet und im betroffenen Meldekreis kommuniziert ggf. Anpassung der Arbeitsprozesse
- 6.2 Evaluation der Verbesserungsmaßnahmen
- 6.3 Interne Kommunikation der Quick Alert's / Projekte und Empfehlungen von der Patientensicherheit Schweiz um aus Fehlern anderer zu lernen, Präventionsarbeit intern
- 6.4 Teilnahme Patientensicherheitstagung Schweiz, interne Weitergabe der Informationen / Präsentationen an CIRS - Zirkel

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

- 7.1 Interne Durchführung nationale Patientenzufriedenheitserhebung Akutspital
- 7.2 Interne Durchführung nationale Prävalenzmessung Sturz- und Decubitus wegen COVID-19 Pandemie abgesagt

8. Erfüllung der Qualitätskontrollen in den Spitälern

- 8.1 Erstellung Q-Bericht nach Vorlage H+ bis zum 31.05.2021
- 8.2 Export auf www.spitalinformation.ch
- 8.3 Zusenden Q-Bericht nach Vorlage von H+ an die Kantonsärztin GR

9. Vollständige Erhebung der Qualitätsindikatoren Pflegeheim und Spitex

- 9.1 Einreichung der angeforderten Q-Indikatoren Bereich Spitex bis zum 31.03.2021 an das Gesundheitsamt GR
- 9.2 Einreichung der angeforderten Q-Indikatoren Pflegeheim bis zum 30.04.2021 an das Gesundheitsamt GR

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021**1. Weiterentwicklung prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem nach Norm 9001:2015 mit Suchfunktion**

- Vorstellung neues QMS (DokuWiki) mit integrierter Suchfunktion in allen Bereichen
- Regelmässige Präsenz an Teamsitzungen / News im QMS vorstellen / Evaluation
- Prozessmessgrössen auf Prozessebene definieren

2. Anforderungen COVID-19 Pandemie intern umsetzen

- Regelmässiger Coronarapport
- Anforderungen intern kommunizieren und umsetzen
- Erstellung Schutzkonzept für das gesamte CSVM
- Fortlaufende Anpassung der COVID-19 Anforderungen

3. Optimierung Notfallmanagement

- Schulung der Mitarbeiter zur Triage nach ESI (Emergency Severity Index)
- Umsetzung ab 2021
- Evaluation

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

1. Neues prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach Norm ISO 9001:2015 mit funktionierender Suchfunktion wurde aufgebaut und im 01.2021 eingeführt
2. Anforderungen COVID-19 Pandemie wurden intern umgesetzt, kommuniziert und eingehalten, einheitliches Schutzkonzept für das gesamte CSVM wurde erstellt
3. Schulung und Einführung ESI Triage
4. CIRS wurde als internes Bericht und Lernsystem von verschiedenen Berufsgruppen stark genutzt. CIRS Vorfälle wurden gemeldet, anonymisiert und de-identifiziert, Risikoanalyse durchgeführt, Sofortmassnahmen und ggf. Verbesserungen im Arbeitsprozess umgesetzt.

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. Anforderungen COVID-19 Pandemie fortlaufend intern kommunizieren und umsetzen
3. Einhaltung der nationalen und kantonalen Qualitätsanforderungen und Auflagen
4. Externe und interne Audits nach PDCA durchführen und ohne Auflagen bestehen

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 im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Bemerkungen

Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurde die nationale Prävalenzmessung Sturz / Dekubitus ANQ abgesagt.

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 Pflegeheim

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">▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen▪ Ernährungsassessment

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Weiterentwicklung prozessorientiertes Qualitätsmanagement mit Suchfunktion

Ziel	Qualitätsmanagementsystem mit Suchfunktion / Einhaltung der Normanforderungen ISO 9001:2015
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Bereiche vom Center da sandà Val Müstair
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2.Q.2020-2.Q.2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Aufgrund fehlender Suchfunktion im alten QMS Unzufriedenheit zur Navigation vor allem von neuen Mitarbeitern
Methodik	Interne Umsetzung nach PDCA Kreislauf
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	QMS eingeführt und beim Aufrechterhaltungsaudit Norm ISO 9001:2015 im 02.2021 vom Auditor als reif, geeignet, angemessen und wirksam bewertet. Mitarbeiter schätzen die Suchfunktion und den einfachen Aufbau.

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. Sanktionsfreiheit ist gegeben, Vorgesetzte leben Vorbildfunktion. Sofortmassnahmen werden direkt eingeleitet, weitere Verbesserungsmassnahmen und Prozessanpassungen werden nach der Ursachenanalyse und Risikoeinschätzung von den Verantwortlichen festgelegt und evaluiert.

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

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register 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
REKOLE Zertifikat H+	Das betriebliche Rechnungswesen	2016	2020	Rezertifizierung 08.2020 ohne Auflagen erreicht

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.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Center da sandà Val Müstair				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.00	5.00	4.00	4.50 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.60	5.00	4.70	5.00 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.40	5.00	4.50	4.80 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.40	5.00	4.50	4.80 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.80	4.50	3.70	3.80 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	80.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				11
Anzahl eingetreffener Fragebogen	4	Rücklauf in Prozent		36 %

Wertung der Ergebnisse: 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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni 2021 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

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 2021 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 oder per Email (barbara.walther@csvm.ch) an uns abzugeben.

Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Wir haben im Betriebsjahr 2021 über das interne Rückmeldemanagement eine Zufriedenheitsrate von 80% (Dank und Lob) erreicht.

Die 6% Anregungen und 14% Beanstandungen sehen wir als Chance uns weiterzuentwickeln, Verbesserungsmassnahmen wurden nach PDCA Kreislauf umgesetzt und evaluiert. Die fortlaufende Kontrolle läuft über das KVP Journal.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die eingeleiteten Verbesserungsmassnahmen wurden mit den betroffenen Bereichsleitern evaluiert und abgeschlossen.

Angaben zur Messung

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

5.2.2 Zufriedenheitserhebung Bereich Pflegeheim

Die Erhebung umfasst folgende 5 Qualitätsdimensionen:

- Autonomie (Hilfe und Betreuung, Essen und Umgebung)
- Empathie (Freundlichkeit, Wohlbefinden, Umgang mit Gewalt)
- Privatheit (Rückzugmöglichkeit, Zimmer, Umgebung)
- Sicherheit (Bezugspflege, Umgebung, Angst)
- Akzeptanz (Personal, Mitbewohner, Freiheitseinschränkung)

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat Juni durchgeführt.

Bereich Pflegeheim Bewertung: Minimum 0% - Maximum 100%

Befragt wurden Bewohner, die kognitiv noch gut in der Lage waren die Fragen zu beantworten.

Die Befragung führte eine aussenstehende, neutrale Person unter Einhaltung der COVID-19 Schutzmassnahmen durch.

Die einzelnen Qualitätsdimensionen wurden wie folgt bewertet:

- Autonomie 96%
- Empathie 98%
- Privatheit 83%
- Sicherheit 89%
- Akzeptanz 82%

Wir haben eine Gesamtbewertung von **90% Zufriedenheit bei unseren Bewohnern** erreicht.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Besonders positiv genannt wurde:

- Autonomie, das machen zu dürfen, was man noch gerne macht
- Freundlichkeit vom Personal
- Sicherheit
- Am Abend die flexible "zu Bett geh Zeiten"
- Kulinarische Verpflegung / Zwischenmahlzeiten
- Neue Turngeräte

Zusammenfassend haben wir eine sehr gute Zufriedenheit erreicht.

Aus den wenigen Anregungen wurden Verbesserungsmassnahmen eingeleitet und im 4.Q.2021 evaluiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Center da sandà Val Müstair

Leiterin Qualitätsmanagement

Barbara Pobitzer Walther

Leiterin Qualitätsmanagement

081 861 61 98

barbara.walther@csvm.ch

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

per Email barbara.walther@csvm.ch

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren 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/.

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

Begründung

Zu 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 2021 durchgeführt.

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

Einschlusskriterien:

interne postoperative Wundinfektionsrate

externe postoperative Wundinfektionsrate (Überweisung zur weiteren Wundbehandlung im CSVM)

Ausschlusskriterien:

Schon bestehende Infektion vor Beginn der Behandlung

Wir haben eine postoperative Wundinfektionsrate von 0% auf insg. 56 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

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 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Beim Spitaleintritt oder Verschlechterung des AGZ werden bei Bedarf die Freiheitseinschränkende Massnahmen vom behandelnden Arzt / dipl. Pflegefachperson mit dem Pflegeempfänger / persönlichen Bezugsperson (ggf. KESP) besprochen und eingeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Akutspital, Pflegeheim, Spitex

Der Einsatz von freiheitseinschränkende Massnahmen wird regelmässig evaluiert.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Bewegungsfreiheit wird erst dann eingeschränkt, wenn keine andere Massnahmen zur Verfügung steht, mit der das selbe Ziel von Selbst- und Fremdgefährdung gesichert wird. Der Einsatz von bewegungseinschränkende Interventionen ist situativ genau zu prüfen, kommt nie an erster Stelle und muss in jedem Fall verhältnismässig sein.

Die regelmässige Evaluationen vom weiteren Einsatz der bewegungseinschränkende Massnahmen wurden durchgeführt und ggf. angepasst.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

14.1.2 Ernährungsassessment

Bei jedem Patient, Bewohner und Klient erfolgt beim Eintritt 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 2021 durchgeführt.
Spital, Pflegeheim und Spitex

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Je nach Allgemeinzustand und Ergebniss folgen:

- Besprechungen im Ärzteteam ggf. weitere Abklärungen / Untersuchungen, frühzeitige Behandlung, Verordnung von Zusatznahrung
- Interventionen nach NRS
- Kontaktaufnahme mit Ernährungsberatung, individueller Ernährungsplan wird zusammengestellt
- Systematische Überprüfung der Massnahmen durch regelmässige Kontrollen

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Neuaufbau prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem mit Suchfunktion

Projektart:

- Verbesserung internes prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem

Prozessziel:

- Prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem nach Norm ISO 9001:2015 mit Suchfunktion

Prozessablauf / Methodik:

- 1.Q.2020: Miteinbezug aller Mitarbeiter mittels Brainstorming Vorstellung / Wünsche an das neue QM System
- 2.Q.2020: Abklärung mit Südbündner Spitäler, welches QM-System sie nutzten, wie zufrieden sie damit im Arbeitsalltag sind, Kosten / Nutzen
- 2-3.Q.2020: Diverse QM-Systeme auf dem Markt wurden angeschaut, Systemvorstellungen im CSVm oder per Ferngesprächen, Besuch im Spital Samedan Austausch über Qualitätsmanagementsystem
- 4.Q.2020: Diverse Abklärungen mit IT-Firma Informatica / ISO 9001:2015 Normkonformität
- 4.Q.2020: Testphase Programm Doku Wiki
- 4.Q.2020: Installation Doku Wiki / Aufbau und verlinken aller Dateien durch CO-Chefarzt und Leiterin QM
- 1.Q.2021: Systemfreigabe durch CEO / Vorstellung Geschäftsleitung / Einführung in allen Bereichen
- 1-2.Q.2021: Evaluation neues QM-System

Involvierte Berufsgruppen:

- Alle Berufsgruppen vom Gesundheitszentrum

Projektelevaluation:

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:

- QMS eingeführt und beim Aufrechterhaltungsaudit Norm ISO 9001:2015 im 02.2021 vom Auditor als reif, geeignet, angemessen und wirksam bewertet
- Mitarbeiter schätzen die Suchfunktion und den einfachen Aufbau

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

- Im 3.Q.2021 abgeschlossen, die Leiterin QM ist bei Teamsitzungen der verschiedenen Bereiche präsent, stellt News im QMS vor und unterstützt die Prozessverantwortlichen in der Weiterentwicklung ihrer Prozesse

18.1.2 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.-3.Q.2022 Interne Besprechungen, Informationen und Umsetzung
- 4.Q.2022 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

18.1.3 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

- 1.-2.Q.2021 Theorie und praxisbezogene Schulungen
- 1.-4.Q.2021 Umsetzung reibungsloser Ablauf des Notfallmanagements, richtige Personen zum richtigen Zeitpunkt aufbieten
- 1.Q.2022 Evaluation

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte, Rettungsdienst, dipl. Pflegefachpersonen, MPA

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Erkenntnisse: Die Zusammenarbeit zwischen den bei Notfallpatienten zur Unterstützung aufgegebenen Personen (Pflege, Rettungsdienst, MPA) hat gut funktioniert. Das Prozessziel wurde erreicht.
- Abgeleitete Massnahmen: Fortlaufende Schulungen zu ESI, Feedbacks in den betroffenen Teams und neu Refresh Geräteschulungen im 2022 einplanen

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

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

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 Erstellung COVID-19 Schutzkonzept

Projektart:

- Erstellung COVID-19 Schutzkonzept gemäss gesetzlichen Anforderungen

Prozessziel:

- COVID-19 Schutzkonzept wird bereichsübergreifend erstellt und den Mitarbeitern kommuniziert

Prozessablauf / Methodik:

- 2.Q.2021: Die im Jahr 2020 erstellte Schutzkonzepte (Arztpraxis, Spital, PH und elektive Eingriffe) wurden zu einem bereichsübergreifenden Schutzkonzept CSVM zusammengefasst. Dies erleichtert die fortlaufende Anpassung bei neuen Auflagen und gibt mehr Übersicht.

Involvierte Berufsgruppen:

- Leiterin QM, Bereichsleiter

Projektelevaluation:

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:

- Erleichterung in der Anpassung bei neuen Auflagen
- Mitarbeiter kennen das COVID-19 Schutzkonzept CSVM, wissen wo nachlesen im QMS

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

- Im 3.Q.2021 abgeschlossen, Anpassung erfolgt b.B. in Zusammenarbeit mit den Bereichsleitern

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE

1. Projektart: Zertifizierung REKOLE
2. Projektziel: Kosten- und Leistungstransparenz auf nationaler Ebene
3. Projektablauf / Methodik: Nach Vorgaben H+
4. Involvierte Berufsgruppen: CEO, Leiter Finanzen, Patientenadministration
5. Projektelevaluation / Konsequenzen: Die Zertifizierung wurde ohne Auflagen erreicht
6. Weiterführende Unterlagen: Bericht REKOLE, Zertifikat REKOLE

18.3.2 Rezertifizierung Norm ISO 9001:2015

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

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.

"Flexibilität, Stabilität und Kontinuität" waren im Jahr 2021 wichtige Aspekte im Qualitätsalltag

Flexibilität dort mitzuhelfen wo nötig, sei es bei den zusätzlichen Dienstleistungen (Testen, Impfen etc.) oder um Ausfälle von Mitarbeitenden zu überbrücken.

Stabilität war im Alltagsgeschehen gefragt, trotz den zunehmenden Anforderungen (in der Pandemiezeit) das hohe Niveau der Dienstleistungen, Bericht Erstellung und bei den externen Audits zu halten.

Kontinuität laufende Vorgaben immer wieder anzupassen, kommunizieren, dokumentieren und sich kontinuierlich um eine hohe Kundenzufriedenheit zu bemühen.

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 in solch einer herausfordernden Pandemiezeit sicher 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 11. 12. 2021 – 11. 12. 2024
 Ausgabe 11. 12. 2021


 A. Grisard, Präsidentin SQS


 F. Müller, CEO SQS

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



sqs.ch

Center da sandà Val Müstair



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



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

Zertifizierte Institutionen

Center da sandà Val Müstair

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

Zertifikat REKOLE®

CH-3013 Bern, 20. August 2020

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

Registrierungs-Nummer: 86

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

H+ Die Spitäler der Schweiz



Isabelle Moret, Präsidentin



Anne-Geneviève Bütikofer, Direktorin

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
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.