

Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.04.2024
Joachim Koppenberg, Vorsitzender der Geschäftsleitung /
Spitaldirektor

Version 1



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2023.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Frau
Marianne Florinett
Verantwortliche Qualität und Patientensicherheit
+41 (0)81 861 10 64
Marianne.Florinett@cseb.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	19
QUALITÄTSMESSUNGEN	20
Zufriedenheitsbefragungen	21
5 Patientenzufriedenheit	21
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	21
5.2 Eigene Befragung	23
5.2.1 Feedback Patienten	23
5.2.2 Befragung Notfallpatienten	23
5.3 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit	24
6.1 Eigene Befragung	24
6.1.1 Meinungsumfrage	24
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Mitarbeitergespräch	25
7.1.2 Austrittsgespräch	25
7.1.3 Fluktuationsrate	26
7.1.4 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung	26
8 Zuweiserzufriedenheit	27
8.1 Eigene Befragung	27
8.1.1 Zuweiser Zufriedenheit Akut 2017	27
8.1.2 Zuweiserbefragung Clinica Curativa	28
Behandlungsqualität	29
Messungen in der Akutsomatik	29
9 Wiedereintritte	29
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	29
10 Operationen	30
10.1 Eigene Messung	30
10.1.1 SQLape Indikator	30
11 Infektionen	31
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	31
12 Stürze	34
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	34
13 Dekubitus	36

13.1	Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	36
Messungen in der Psychiatrie.....		0
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15	Symptombelastung psychischer Störungen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
Messungen in der Rehabilitation		38
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	38
16.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	38
Weitere Qualitätsaktivitäten		40
17	Weitere Qualitätsmessungen	40
17.1	Weitere eigene Messungen	40
17.1.1	Dekubitus Inzidenz (Akutsomatik).....	40
17.1.2	Sturz Inzidenz (Akutsomatik)	41
17.1.3	Schmerz (Akutsomatik).....	42
18	Projekte im Detail	43
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	43
18.1.1	Einführung eines standardisierten Auditmanagement	43
18.1.2	Einführung Patientenarmband	43
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023	44
18.2.1	Einführung eines elektronischen Ideenmanagement	44
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	44
18.3.1	Rezertifizierung sanaCERT	44
19	Schlusswort und Ausblick	45
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		46
Akutsomatik		46
Rehabilitation.....		47
Herausgeber		49

1 Einleitung

Unser gemeinsamer Weg

Im Unterengadin gehen wichtige regionale Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Pflege, Betagtenbetreuung und Wellness unter dem Dach des "Center da sandà Engiadina Bassa" (Gesundheitszentrum Unterengadin) einen gemeinsamen Weg. So können die Angebote des Regionalspitals, der Spitex, der Pflegegruppen/Pflegeheime sowie des Engadin Bad Scuol ideal aufeinander abgestimmt werden – zum Wohl der einheimischen Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten, der Klienten und der Gäste. Das Ospidal in Scuol bietet hoch stehende Medizin mit modernster Infrastruktur an – ein Akutspital mit den Bereichen Chirurgie / Orthopädie, Innere Medizin / Kardiologie, Geburtshilfe / Gynäkologie sowie Anästhesiologie / Schmerztherapie, Gastroenterologie und Rettungsmedizin. Als schweizerische Neuheit wird die Schulmedizin mit einem komplementär- und palliativmedizinischen Angebot ergänzt: Eine umfassende Betreuungs- und Behandlungsphilosophie, welche den Menschen in seiner Gesamtheit erfasst und daher als "Ganzheitliche Medizin" bezeichnet wird. Wichtige Aufgaben in der regionalen Betagtenbetreuung erfüllen das dem Ospidal angegliederte Pflegeheim, das Pflegeheim Chasa Puntota und die Pflegegruppen. Das Engadin Bad Scuol verfügt dank dem mineralienreichen Wasser über ein breites Bäder-, Wellness- und Therapieangebot, darunter eine grosszügige Bäder- und Saunalandschaft mit dem ersten Römisch-Irischen Bad der Schweiz. Die Spitex-Dienste bieten eine lückenlose ambulante Betreuung und Pflege an und tragen damit massgebend zur Erhaltung einer hohen Lebensqualität ihrer Klienten bei. Ein gemeinsamer Weg – ein innovatives, benutzerfreundliches Organisationsmodell, das, eingebettet in die einzigartige Kulturlandschaft der Nationalparkregion, eine eigentliche Gesundheits- und Wellnessoase in den Alpen darstellt.

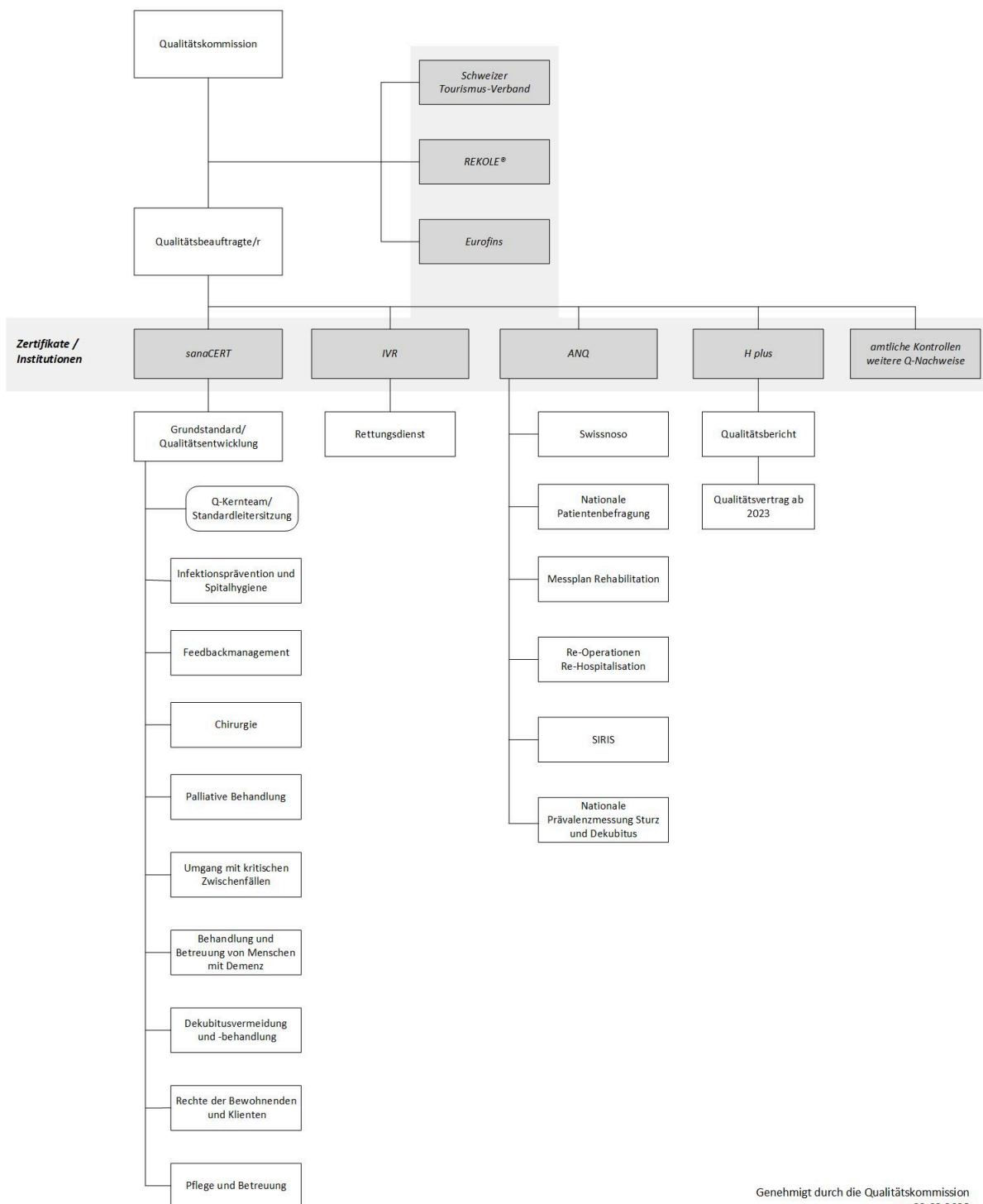
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm

Stabsdienste: Qualitätsmanagement und Patientensicherheit



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Marianne Florinett
Beauftragte Qualität und Patientensicherheit
+41 (0)81 861 1064
Marianne.Florinett@cseb.ch

Dr. med. Joachim Koppenberg
Spitaldirektor
+41 (0)81 861 1007
Joachim.Koppenberg@cseb.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

Das CSEB nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung wahr. Die oberste operative Führungsebene hat eine Qualitätsstrategie festgelegt und setzt Qualitätsziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die Qualitätsentwicklung in allen Bereichen des CSEB. Die Qualitätsstrategie wird regelmässig überprüft, die Erreichung der Ziele werden gemessen und notwendige Anpassungen eingeleitet. Der PDCA-Zyklus wird auf allen Stufen gelebt und umgesetzt.

- Das CSEB hat Richtlinien zum Qualitätsmanagement dokumentiert. Sie bilden die Basis für das Qualitätsmanagement. Die Beauftragten für Qualität- und Patientensicherheit fördern die Mitwirkung der Mitarbeitenden aller Bereiche und auf jeder Stufe.
- Die Geschäftsleitung hat eine Qualitätskommission eingesetzt. Diese setzt sich aus der Geschäftsleitung und den Beauftragten für Qualität- und Patientensicherheit zusammen. Ihre Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen sind schriftlich festgehalten und von der Geschäftsleitung genehmigt.
- Die Geschäftsleitung hat Beauftragte für Qualität- und Patientensicherheit ernannt. Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen sind schriftlich festgehalten und von der Geschäftsleitung genehmigt.
- Die Mitglieder der Qualitätskommission, die Beauftragten für Qualität- und Patientensicherheit sowie die Leitungen und Mitglieder der Qualitätsstandards werden für ihre Aufgaben ausgebildet.
- Das CSEB erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Dazu unterzieht es sich periodisch verschiedenen Fremdbewertungen.
- Das CSEB informiert nach Innen und Aussen über die Qualitätsentwicklung.

Qualitätsziele

- **Wir wollen zufriedene Kundinnen und Kunden**
 - Patientenzufriedenheit
 - Zufriedenheit mit Rettungsdienst
 - Bewohnerzufriedenheit
 - Kundenzufriedenheit ambulante Pflege (inkl. Mahlzeitendienst)
 - Laufend Rückmeldungen der Patienten, Bewohnenden, Kunden, Angehörigen und Besuchenden
- **Wir wollen zufriedene Mitarbeitende**
 - Mitarbeiterbefragung
 - Mitarbeiterbeschwerden
 - Mitarbeiterfluktuation
 - Ausweis des Prozentanteils der Lohnsumme für Fort-/Weiterbildungen
 - Ideen/Vorschläge der Mitarbeitenden
 - Interne Weiterbildungen
 - Auswertung Lohneinstufungen
- **Wir wollen zufriedene Zuweisende**
 - Zuweisendenbefragung
 - Zufriedenheit interne Zuweiser

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

- Re-Zertifizierung des Netzwerk-CSEB durch die Stiftung sanaCERT
- Einführung des Patientenarmband
- Befragung aller Mitarbeitenden des CSEB mit externem Befragungsinstitut.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

CSEB Netzwerk Re-Zertifizierung

Das CSEB hat die Netzwerk Re-Zertifizierung durch sanaCERT erfolgreich bestanden. Das seit 2020 integrierte Alters- und Pflegeheim Chasa Puntota wurde erstmals in die Rezertifizierung aufgenommen.

Re-Zertifizierung Rettungsdienst (IVR)

Der Rettungsdienst wurde im Berichtsjahr erfolgreich Re-Zertifiziert.

Mitarbeitendenbefragung

Im Oktober wurde die Mitarbeitendenbefragung, welche alle fünf Jahre erfolgt, im gesamten CSEB durchgeführt. Die Auswertung der Befragung ist erfolgt. Eine detaillierte Analyse der Ergebnisse inkl. Massnahmenplan erfolgt im 2024.

Patientenarmband

Die Einführung des Patientenarmband hat erfolgreich statt gefunden. Nach einer Schulungs- und Testphase konnte das Patientenarmband eingeführt werden und seither in Betrieb. Mit der Einführung konnte eine letzte wichtige Lücke in der Patientenidentifikation geschlossen werden.

Inerne Audits Spital/Clinica Curativa

Es wurden einige interne Audits im Spital und der Clinica Curativa durchgeführt. Die Ergebnisse waren sehr gut, einige wichtige Verbesserungsmaßnahmen konnten daraus abgeleitet werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Befragung der stationären Patienten Ospidal durch das externe Befragungsinstitut Mecon
- Analyse und Massnahmenplan der Mitarbeitendenbefragung CSEB
- Umsetzung der internen Audits mit dem elektronischen Auditmanagement System
- Systematische Schulung der Mitarbeitenden im Langzeitbereich betr. sanaCERT Standards
- Überwachungsaudit sanaCERT Netzwerk CSEB

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
<i>Rehabilitation</i>
▪ Bereichsspezifische Messungen für
– Internistische Rehabilitation
– Onkologische Rehabilitation
– Psychosomatische Rehabilitation

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Q-Indikatoren für die stationäre Langzeitpflege

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>
▪ Feedback Patienten
▪ Befragung Notfallpatienten
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Meinungsumfrage
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeitergespräch
▪ Austrittsgespräch
▪ Fluktuationsrate
▪ Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung Clinica Curativa
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
▪ SQLape Indikator
<i>Weitere Qualitätsmessungen: Akutsomatik</i>
▪ Dekubitus Inzidenz
▪ Sturz Inzidenz
▪ Schmerz

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Re-Zertifizierung durch die Stiftung sanaCERT suisse

Ziel	kontinuierliche Qualitätssicherung und -Verbesserung
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Die Erhaltung und Verbesserung des QMS im Fokus der Patienten-, Bewohnenden- und Klientenperspektiven
Methodik	sanaCERT Standards
Involvierte Berufsgruppen	Q-Team
Weiterführende Unterlagen	Selbstbewertungs- und Zertifizierungsberichte

sanaCERT Standard "Grundstandard / Qualitätssicherung"

Ziel	Optimierung der Einführungsunterlagen in den verschiedenen Bereichen
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Fragebogen
Involvierte Berufsgruppen	Q-Team
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 1/61 Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Schulungen, interne Audits, Erfassung von Kennzahlen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	CH PPS2020 Punktprävalenz-Erhebung der healthcare-assoziierten Infektionen und des Einsatzes antimikrobieller Mittel in Schweizer Akutspitalern
Weiterführende Unterlagen	Hygiene Konzept

sanaCERT Standard 7 Chirurgie

Ziel	Weiterentwicklung der Qualität in der Chirurgie
Bereich, in dem das Projekt läuft	Betrieb Ospidal
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Auswertung interner Daten, interne Audits
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte Chirurgie, OP-Pflege, Anästhesie
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 11/54 "Umgang mit kritischen Zwischenfällen"

Ziel	Einhaltung PDCA-Zyklus
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Auswertung Daten intrafox
Involvierte Berufsgruppen	Standardmitglieder Standard "Umgang mit kritischen Zwischenfällen"
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 25 / 66 Palliative Betreuung

Ziel	Ein Entscheidprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Handlungsrichtlinien, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Berücksichtigung ethischer Fragestellungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Weiterführende Unterlagen	Konzept palliative Betreuung,

sanaCERT Standard 28 "Dekubitusvermeidung und -Pflege"

Ziel	Verminderung von Decubiti
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Auswertung aus Pflegedokumentationen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 32/65 "Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz"

Ziel	Demenzkonzept ist erstellt und Handlungsrichtlinien sind erstellt, instruiert und umgesetzt
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Handlungsrichtlinien, interdisziplinäre Zusammenarbeit, interne Audits
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Weiterführende Unterlagen	Konzept Demenz, interne Dokumente

sanaCERT Standard 33 "Feedbackmanagement"

Ziel	Steigerung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Betrieb Ospidal / Clinica Curativa
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Rückmeldeformular, Internetformular
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Betriebsleitung
Weiterführende Unterlagen	Intrafox-System Lob- und Beschwerdemanagement

Interne Audits

Ziel	Laufende Überprüfung der Qualität in den Prozessen, Dokumentationen
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	P-D-C-A Zyklus
Methodik	Befragungen und Stichproben nach Vorgaben Interne Audits
Involvierte Berufsgruppen	QB CSEB, Interne Auditoren
Weiterführende Unterlagen	Interne Auditberichte CPB

Ideenmanagement

Ziel	Vorschläge/Ideen der Mitarbeitenden aufnehmen und für Qualitätsverbesserungen nutzen
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Inputs für Qualitätsverbesserungen nutzen
Methodik	Intranetformular
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, QB CSEB
Weiterführende Unterlagen	Intrafox Ideenmanagement

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.

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
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	1998
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2001
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax- Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2014
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
SWISSRECA Swiss Registry of Cardiac Arrest	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Prävention und Gesundheitsw., Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin präklinische und klinische	Interverband für Rettungswesen IVR-IAS www.ivr-ias.ch	2017

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.ksgr.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
SanaCERT	CSEB	2006	2023	
REKOLE H+	Finanz und Rechnungswesen	2014	2019	
eurofins	Lebensmittelhygiene	2014	2023	
IVR	Rettungsdienst	2010	2023	
Gesellschaft für Risikoberatung	Ospidal	2005	2019	
Wundzentrum	Ospidal	2015	2019	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.21	4.52	4.31	4.33 (4.06 - 4.60)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.65	4.87	4.79	4.62 (4.34 - 4.89)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71	4.86	4.72	4.57 (4.31 - 4.83)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.55	4.69	4.59	4.70 (4.34 - 5.05)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.29	4.43	4.12	4.34 (4.00 - 4.67)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.10 %	96.60 %	96.40 %	89.70 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				73
Anzahl eingetroffener Fragebogen	29	Rücklauf in Prozent		40 %

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 haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPe, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Feedback Patienten

Alle Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit auf ausliegenden Fragebogen, über die Terminals in den Patientenzimmern oder über das Internetformular ihre Rückmeldungen bezüglich ihres Aufenthaltes im Ospidal mitzuteilen. Diese Informationen gehen an die Beauftragten Qualität und Patientensicherheit und werden von diesen im elektronischen Lob- und Beschwerdemanagement-Tool erfasst. Anschliessend werden die Rückmeldungen der Direktion weitergeleitet, welche entsprechende Massnahmen zur Verbesserung einleitet.

In der Direktionsinfo werden alle Mitarbeitenden über die Patientenrückmeldungen informiert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Ospidal (Akutspital) und Clinica Curativa

Es können alle Patienten, Besucher und auch Angehörige bei dieser Meinungsumfrage teilnehmen.

Die Rückmeldungen werden kontinuierlich ausgewertet. In relevanten Fällen kann direkt gehandelt werden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Befragung Notfallpatienten

Befragt wurden Notfallpatienten, welche in den Monaten Februar bis März notfallmässig im Spital behandelt wurden. Die Befragung hat bewusst während der Winter-Hochsaison stattgefunden, um uns ein Bild darüber zu machen, wie unter stark frequentierten Zeiten unsere Abläufe und Prozesse funktionieren. Die Befragung erfolgte durch das externe Auswertungsinstitut Mecon.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 01. Februar bis 31. März durchgeführt.

Notfallstation Spital

Befragt wurden ambulante Patientinnen und Patienten ab 16 Jahren mit Aufenthaltsdauer von maximal 24 Stunden. Verstorbene Patientinnen und Patienten wurden natürlich ausgeschlossen.

Bei der Befragung der Notfallpatienten wurden 300 Fragebogen verteilt, der Rücklauf lag bei 42.0% .

Die Ergebnisse waren durchwegs positiv.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal

Lob- und Beschwerdemanagement

Joachim Koppenberg

Spitaldirektor

+41 81 861 10 07

joachim.koppenberg@cseb.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Meinungsumfrage

Die Angehörigen können über den Feedback Fragebogen, via E-Mail oder Formular auf der Homepage Ihre Zufriedenheit mit dem Spital in allen Bereichen und Angeboten mitteilen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Lob- und Beschwerdemanagement/Direktion

Alle Angehörigen haben die Möglichkeit über aufgelegte Formulare, via E-Mail oder mittels Formular auf der Homepage des CSEB Ihr Anliegen anzubringen

Alle eingegangenen Rückmeldungen werden im elektronischen Lob- und Beschwerdemanagement System erfasst und bearbeitet.

Über die Ergebnisse der Meinungsumfrage werden alle Mitarbeitenden in der Direktionsinfo informiert.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeitergespräch

Zufriedene Mitarbeitende sind das wichtigste Gut eines Betriebes. Rückmeldungen und deren Umsetzung fördern das Betriebsklima und tragen wesentlich zur Behandlungsqualität bei.

Die Mitarbeitergespräche finden mindestens einmal jährlich, anhand eines strukturierten Fragebogens statt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Ospidal, Clinica Curativa

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Publiziert werden die Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen (MECON)

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7.1.2 Austrittsgespräch

Durch das Austrittsgespräch erhält der Betrieb wertvolle Informationen betreffend Zufriedenheit, Arbeitssituation und Ressourcen und kann diese Feedbacks zur Verbesserung nutzen.

Das Austrittsgespräch findet anhand eines strukturierten Fragebogens statt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Ospidal und Clinica Curativa

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Publiziert werden die Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen (MECON)

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7.1.3 Fluktuationsrate

Die jährliche Fluktuationsrate gibt Aufschlüsse zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Sie wird auf Jahresbasis gemessen.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
gesamtes CSEB

Die Fluktuationsrate wird über den ganzen Betrieb CSEB erfasst. Ausgeschlossen sind Auszubildende.

Die Fluktuationsrate wird kontinuierlich erfasst und durch die Geschäftsleitung CSEB ausgewertet.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7.1.4 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Wir wollen zufriedene Mitarbeitende. Rückmeldungen und deren Umsetzung fördern das Betriebsklima und tragen wesentlich zur Behandlungsqualität bei.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.

Gesamtes CSEB

Alle Mitarbeitenden des CSEB. Ausgeschlossen wurden die Auszubildenden.

Die Befragung hat zu folgenden Themen statt gefunden:

- Arbeitsinhalt
- Lohnfragen
- weitere Leistungen des Arbeitgebers
- Arbeitszeitregelung / Arbeitsplatz
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Arbeit im Team
- Führung
- Arbeitssituation und Arbeitgeber

Die Analyse der Ergebnisse und Festlegung von Massnahmen sind noch nicht abgeschlossen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Fragebogen

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiser Zufriedenheit Akut 2017

Die Zufriedenheit mit unseren Angeboten und der Vergleich zu den Ergebnissen der Zuweiserbefragung in 2011 war das Ziel der Befragung.

Die Angaben der Zuweisenden wurde nach Zuweisergruppen sowie Abteilungen unseres Spitals zusammengefasst.

Gemessen wurden die Aussagen zu den Bereichen

- medizinische Qualität
- Organisation
- Einweisungsprozess
- Zusammenarbeit
- Berichtswesen
- Patienten / Image

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Medizin, Chirurgie, Integrative Medizin / Palliative Care

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

8.1.2 Zuweiserbefragung Clinica Curativa

Mittels der Zuweiserbefragung in der Clinica Curativa (Rehabilitation) wurde die Zufriedenheit mit unseren Angeboten und Dienstleistungen erhoben.

Gemessen wurden die Aussagen zu den Bereichen:

- medizinische Qualität
- Einweisungsverfahren
- Gesamturteil mit Zusammenarbeit
- Zufriedenheit mit den Fachbereichen
- Einschätzung der Zufriedenheit der Patienten mit unserer Reha

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Januar durchgeführt.

Die Befragung hat in der Clinica Curativa (Rehabilitation) statt gefunden.

Alle Zuweisenden, welche in den letzten 24 Monaten Patienten und Patientinnen in die Clinica Curativa zugewiesen haben.

Die Rücklaufquote betrug 21.2% (externer Vergleich Mittelwert 22.1%)

Die Zuweisenden waren in folgenden Bereichen zufrieden:

- Gute Zusammenarbeit
- Behandlungsangebot
- hoher Qualitätsstandard
- Komplementärangebot

Verbesserungspotenzial besteht beim Einbezug der Zuweisenden in Entscheide, welche die Patienten betreffen. Diesbezüglich wurden bereits verschiedene Massnahmen ergriffen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Standard Fragebogen mit externem Vergleich

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Für statistische Berechnungen dieser Art sind die Fallzahlen des Ospidal zu gering, was zur Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Nichtsdestotrotz dienen diese Messungen für interne kritische Analysen, um sich stetig zu verbessern. Zudem werden diese Daten zeitnah überwacht und Massnahmen bei Bedarf eingeleitet.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Ospidal ist in allen gemessenen Kohorten im Normbereich.

Angaben zur Messung

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

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 SQLape Indikator

Erfassung der nichtvorhersehbaren Wiederaufnahmen im Operationssaal.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Chirurgie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Auf Grund der pro Messkategorie geringen Fallzahlen ist die statistische Relevanz der Messergebnisse ungenügend.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape
Methode / Instrument	swissnoso

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2022/2023	2022/2023	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal						
Gallenblasen-Entfernungen	8	0	-	-	0.00%	0.00% (0.00% - 36.90%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	2	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 84.20%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	0	0	13.30%	0.00%	50.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	11	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 28.50%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2022/2023	2022/2023	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	17	0	0.00%	0.00%	8.30%	0.00% (0.00% - 19.50%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	25	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 13.70%)

* 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	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

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

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	1	0	–
In Prozent	0.00%	12.50%	0.00%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.01 (-0.41 - 0.40)	0.04 (-0.40 - 0.48)	-0.01 (-0.69 - 0.66)	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

* 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.

** 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.

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/.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patientinnen und 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	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

Weitere Informationen:

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

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

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2023	In Prozent
		2019	2022		
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal					
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.01 (-1.01 - 0.99)	-0.01 (-0.87 - 0.84)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

* 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.

** 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	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Messungen in der Rehabilitation

16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit

16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patientinnen und Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Dabei wird untersucht wie sich der Schweregrad der körperlichen und sozio-kognitiven Beeinträchtigung, die Funktions-, Leistungsfähigkeit, Lebensqualität oder der Gesundheitszustand während des Rehabilitationsaufenthaltes verändert haben. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung von Ein- zu Austritt ausgewertet. Je nach Rehabilitationsart kommen andere Messinstrumente zum Einsatz.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter www.anq.ch.

Das **FIM®**- Instrument (Functional Independence Measure) und der Erweiterte Barthel-Index (**EBI**) sind unterschiedliche Messmethoden (Fremdbeurteilungsinstrumente) um die Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (in motorischen und sozio-kognitiven Bereichen) zu bestimmen. Es wird jeweils eines der beiden Instrumente pro Klinik in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen sowie onkologischen Rehabilitation eingesetzt. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM® oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Umrechnungsalgorithmus von FIM® bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) entwickelt.

In der psychosomatischen Rehabilitation werden einerseits die somatischen Beschwerden mit dem Patient Health Questionnaire (**PHQ-15**) erfasst und andererseits Angst und Depression mit der Hospital Anxiety und Depression Scale (**HADS**) erfasst und unterschieden.

Messergebnisse

Zusätzlich zu den obigen Messungen werden die Partizipationsziele (Hauptziel und Zielerreichung) erfasst. Da keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich ist, werden die Ergebnisse auf nationaler Ebene lediglich deskriptiv berichtet.

In der paraplegiologischen und psychosomatischen Rehabilitation wurden für das Jahr 2021 das erste Mal transparente Daten ausgewiesen. Die pädiatrische Rehabilitation unterliegt aktuell keiner Messpflicht.

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

Begründung

Die Anzahl der auswertbaren Fälle ist gering, so dass keine repräsentativen Ergebnisse möglich sind. Wir prüfen jedoch laufend die Qualität unserer Behandlungen und Dienstleistungen. Weiter ist die Datenqualität unserer Messungen sehr gut.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.
--------------------------------	---

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Erhebungszeitraums stationär behandelt wurden.
---	---------------------	---

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Dekubitus Inzidenz (Akutsomatik)

Ziele:

Vermeidung / Entstehung von Dekubiti.

Mitarbeitende, Patienten und Angehörige sollen für das Risiko eines Dekubitus und dessen Folgen sensibilisiert werden.

Jeder Patient / jede Patientin wird innerhalb 24h eingeschätzt.

Jeder Patient / jede Patientin, der/die als dekubitusgefährdet eingestuft wird, erhält eine individuelle angepasste Prophylaxe. Ein bereits vorhandener Dekubitus wird nach dem Wundkonzept einheitlich und fachgerecht behandelt.

Messungen:

Die Dokumentationen werden jährlich überprüft und ausgewertet.

Der Wissenstand der Mitarbeitenden wird periodisch überprüft.

Diese Messung haben wir vom 01.01.2022 bis 31.12.2022 durchgeführt.

Akutspital

Alle stationären Patienten und Patientinnen.

ausgeschlossen sind: Wöchnerinnen/Säuglinge und Kinder bis zu ihrem erfüllten 16 Lebensjahr

Insgesamt ist die Anzahl der erfassten Dekubiti im Vergleich zu den Statistiken der letzten Jahre auf sehr tiefem Niveau stabil. Die jährliche Überprüfung zeigt, dass die professionelle Dekubitusprophylaxe sehr gut in den pflegerischen / medizinischen Prozessen implementiert ist und einen großen Nutzen für die Patienten/Patientinnen darstellt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Neben den jährlichen Auswertungen durch die Fachverantwortlichen, findet auch mind. alle drei Jahre eine internes Audit im Bereich der Dekubitusvermeidung und -behandlung statt. Daraus resultierende Massnahmen werden umgesetzt und überprüft.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	sanaCERT Standard 28
---	----------------------

17.1.2 Sturz Inzidenz (Akutsomatik)

Stürze werden minimiert.

Patienten und Angehörige werden über das Sturzrisiko aufgeklärt.

Es werden sämtliche Stürze von Patienten während der Hospitalisation erfasst und mittels Sturzprotokoll ausgewertet.

Periodisch wird der Wissenstand der Mitarbeitenden zum Thema Sturzprävention evaluiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Akutspital

- Ein Risikoassessment wird durchgeführt
 1. bei allen Patienten der Akutabteilung und der Komplementärabteilung und allen Bewohnenden
 2. In allen Bereichen findet nach einem Sturzereignis oder einer signifikanten Statusveränderung ein Risiko-Reassessment statt.

Mittels Dashboard wurden Referenzzahlen der letzten Jahre ermittelt.

Wie daraus ersichtlich, hat sich der Verletzungsindex weiter gesenkt. Dies ist der beste Marker um die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit zu beurteilen. Die Mitarbeitenden und Patienten setzten die notwendigen Massnahmen in der Praxis um.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	sanaCERT Standard 29/63 Sturzvermeidung

17.1.3 Schmerz (Akutsomatik)

Der Schmerz ist eine universelle menschliche Erfahrung und einer der häufigsten Gründe, warum der Mensch einen Arzt oder ein Spital aufsucht. Als Mitarbeitende sind wir überzeugt, dass eine qualitativ hochstehende Schmerzerfassung und Schmerztherapie oberste therapeutische Ziele sind, da sie wesentlich zum körperlichen und emotionalen Wohlbefinden des Patienten beitragen. Die Schmerztherapie gewinnt daher immer grössere Bedeutung bei der Pflege und Behandlung der uns anvertrauten Patienten.

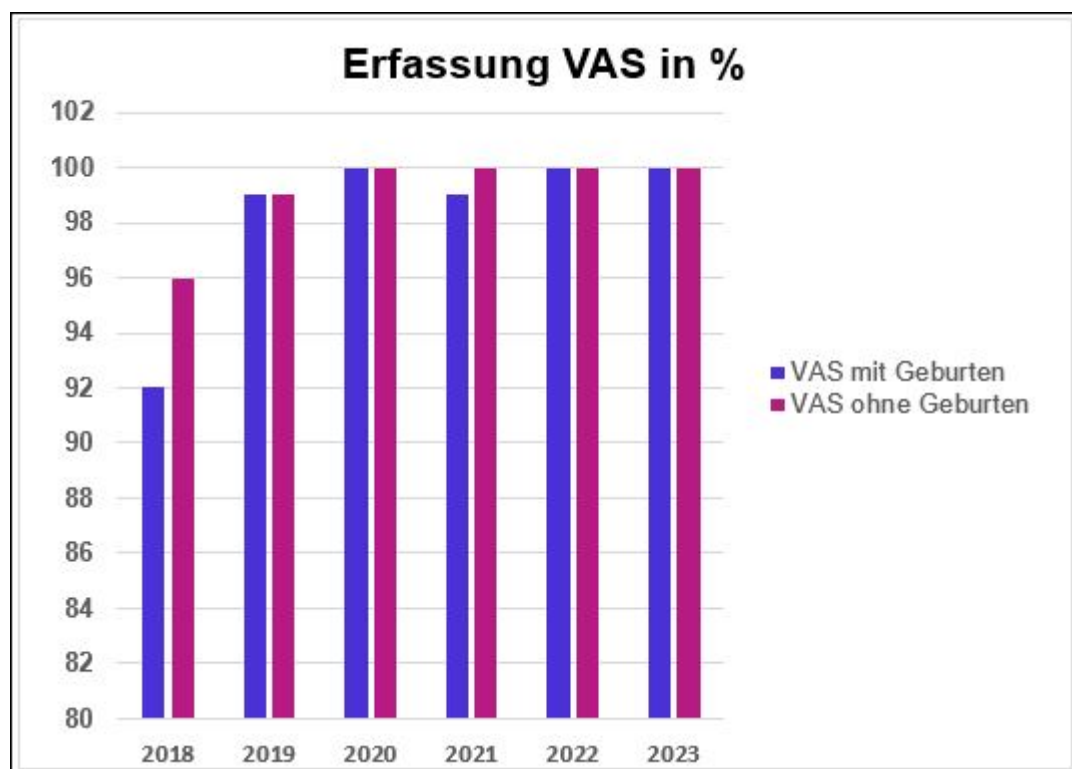
Kontinuierliches Monitoring:

1. VAS-Erfassung in der elektronischen KG
2. Reserveverordnung Schmerz
3. Reserveverordnung Übelkeit
4. Reserveverordnung Schlaf

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Chirurgie / Geburtshilfe (Sectio Caesare)

Chirurgische Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, aufgeteilt in Fälle mit und ohne Geburten.



Die Erfassung des Schmerzes in der KG funktioniert seit den letzten drei Jahren einwandfrei.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse werden jährlich an die Verantwortliche Anästhesistin weitergeleitet, welche nach Bedarf Massnahmen einleitet und diese überwacht.

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 Einführung eines standardisierten Auditmanagement

Projektstart: Januar 2023

Projektziel: Audits werden standardisiert durchgeführt. Auditpläne und Auditprogramm können über das System gesteuert werden.

Projektablauf:

- Festlegung der internen Anforderungen
- Definition der Bereiche/Prozesse/Kategorisierungen
- Abstimmung der bestehenden Dokumente auf das neue System
- Schulung QM
- Testphase
- Einführung

Projektende: Dezember 2023

18.1.2 Einführung Patientenarmband

Projektziel:

- Patientenarmband für alle stationären Patienten und ambulante Patienten mit Abteilungsaufenthalt
- Prüfung der Patientendaten auf Richtigkeit
- Eindeutige Patientenidentifikation

Projektablauf:

- Aufgleisung des Projektes in einer Arbeitsgruppe (AG) mit Vertretern aller involvierten Bereiche
- Definition des Prozesses innerhalb der AG
- Schulungsphase anfangs Dezember 2023
- Testphase mitte Dezember 2023
- Evaluation der ersten Testphase und Verbesserungen
- Go live 22. Dezember 2023
- nächste Evaluation Ende Wintersaison (Frühling 2024)

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Einführung eines elektronischen Ideenmanagement

Projektstart: 01.06.2022

Projektziel: alle Ideen, sowie deren Umsetzung und Prämierung sind in einem elektronischen Intrafox System dokumentiert

Projektablauf:

- Abbildung des überarbeiteten Prozess im neuen System (Konfiguration)
- Festlegung der Verantwortlichkeiten / Rechtevergabe
- Testphase durch QM
- Schulung der Direktion
- Einführung 15.12.2022
- Im 2023 wurden mit dem neuen System alle Ideen bearbeitet, kommentiert und dokumentiert.

Projektevaluation:

- Das System hat sich von der Übersichtlichkeit aller eingegangenen Ideen sehr bewährt.
- Die gesamte Kommunikation ist darin abgebildet und dokumentiert.
- Die Ideen können jederzeit im System aufgerufen und die Umsetzung überwacht werden.
- Der Prozess der Ideen Annahme, Weiterleitung und Kommunikation wurde nochmals überarbeitet, sodass das Projekt per Ende 2023 abgeschlossen werden konnte.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung sanaCERT

Rezertifizierungsaudit sanaCERT

Durch das externe Audit der Stiftung sanaCERT Suisse wurde im November 2023 das CSEB auf ein funktionierendes Qualitätsmanagement hin überprüft. Das Netzwerk CSEB wurde erfolgreich für weitere 3 Jahre rezertifiziert.

19 Schlusswort und Ausblick

Gemessene und ausgewiesene Qualität ist dem Gesundheitszentrum Unterengadin (CSEB) ein grosses Anliegen und fest in den verschiedenen Betrieben verankert. Täglich wird sie durch die Mitarbeitenden umgesetzt und gelebt.

Den strukturellen Rahmen bilden die Vorgaben von sanaCERTsuisse, der schweizerischen Stiftung für Zertifizierungen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, von ANQ, dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken und weiteren Qualitätsinstitutionen wie Eurofins, Interverband Rettungsdienst (IVR), REKOLE und andere mehr.

Mit dem Bericht ermöglicht das CSEB einen Einblick in seine Qualitätsaktivitäten. Weitere Berichte und Dokumentationen finden Sie unter www.cseb.ch/cseb-de/Qualitaetsmanagement

Wir bedanken uns für Ihr Interesse

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Herz
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie

Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Internistische Rehabilitation	s
Onkologische Rehabilitation	s
Psychosomatische Rehabilitation	s

a = ambulant, s = stationär

Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflēgetage** geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflēgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflēgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient/in** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein/e Patient/in in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Als Basis hierfür dient das Grundsatzpapier [«DefReha© Version 3.0, Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen»](#), welches Leistungen und die Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation beschreibt.

Angeborene stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflēgetage
Internistische Rehabilitation	0.00	6	
Onkologische Rehabilitation	0.00	53	
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	76	

Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahe Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialistinnen und Spezialisten** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schluck-therapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialistinnen bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal		
Spital Oberengadin	Intensivstation in akutsomatischem Spital	60 km
Ospidal, Center da sandà Engiadina bassa	Notfall in akutsomatischem Spital	0 km

Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Stellenprozente
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	70.00%
Facharzt Psychiatrie	90.00%
Assistenzarzt REHA	100.00%

Spezifische ärztliche Fachpersonen sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Stellenprozente
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal	
Pflege	680.00%
Physiotherapie	50.00%
Ernährungsberatung	5.00%
Komplementärtherapie	145.00%
Kunsttherapie	30.00%
Fachpsychologie	80.00%

Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

Als Stichdatum für die Anzahl Stellenprozente gilt jeweils der 31.12. des betreffenden Jahres.

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW): www.samw.ch.