

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

25. Mai 2020  
Claudia Käch, CEO

Version 1



Regionalspital Surselva AG

[www.spitalilanz.ch](http://www.spitalilanz.ch)



Akutsomatik

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2019.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Frau  
Zintha Berni  
Qualitätsmessungen  
081 926 59 14  
[z.berni@spitalilanz.ch](mailto:z.berni@spitalilanz.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	16
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	18
5.2 Eigene Befragung .....	20
5.2.1 Nationale Patientenbefragung ANQ .....	20
5.2.2 interne Patientenbefragung .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> es finden regelmässige Veranstaltungen und Weiterbildungen im Hause mit den Hausärzten von der Umgebung statt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>23</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	23
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>24</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	24
<b>12 Stürze</b> .....	<b>25</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	25
12.2 Eigene Messung .....	26
12.2.1 Sturz .....	26
12.2.2 Sturzmonitoring .....	26
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>27</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	27
13.2 Eigene Messungen .....	29
13.2.1 Dekubituserfassung .....	29
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	<b>30</b>
17.1	Weitere eigene Messungen	30
17.1.1	Dekubituserfassung	30
17.1.2	Sturzerfassung	30
17.1.3	Patientenbefragung	31
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>32</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
18.1.1	Delir	32
18.1.2	GSE Grossschadenereignis	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	32
18.2.1	Umbau Patientenzimmer	32
18.2.2	Planung Umbau	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	IVR-Re-Zertifizierung	33
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>34</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>	<b>35</b>
	Akutsomatik	35
	<b>Herausgeber</b>	<b>37</b>

# 1 Einleitung

Die Regionalspital Surselva AG stellt die erweiterte Grund-und Notfallversorgung für 23'000 Einwohner der Surselva und bis zu 45'000 Feriengäste der Tourismusregion Surselva sicher. Unsere 270 Mitarbeitenden behandeln mit zeitgemässer Infrastruktur (CT, MRI, IMC ect.) ca. jährlich 2'500 stationäre und 12'000 ambulante Patienten in den Kliniken Chirurgie und Orthopädie, Traumatologie, innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie und Anästhesie sowie im Belegartzsystem: Neurochirurgie und Urologie.

Durch konsequente Qualitäts- und Serviceorientierung ist das Spital von Patienten und der Öffentlichkeit anerkannt und fest in der Region verankert. Die Regionalspital Surselva AG ist mit dem Label "Swiss Olympic Medical Base approved by Swiss Olympic ausgezeichnet. Durch die Kooperation mit dem Zentrumspital Kantonsspital Graubünden, kann ein erweitertes Leistungsspektrum angeboten werden.

Eine besondere Herausforderung für den Betrieb der Grösse der Regionalspital Surselva AG stellt die IT dar. So wird in den kommenden Jahren in eine Virtualisierung der IT investiert, dies als Basis für das mobile und papierlose Arbeiten. Im weiteren wird an der baulichen Erneuerung weiter geplant und in kleinen Schritten umgesetzt.

Im Spital werden folgende Dienstleistungen angeboten:

- Chirurgie, Medizin, Pädiatrie, Geburtshilfe gemäss Leistungsauftrag des Kantons Graubünden
- IMC und Aufwachraum
- Tagesklinik für ambulante medizinische und chirurgische Behandlungen
- Notfall 24h/365 Tage
- Rettungsdienst
- Integrierte Spezialpraxen
- ambulante Onkologie
- Palliative Care
- Beratungsangebote (z.B. Wundberatung, Ernährungsberatung ect.)
- Akut- und Übergangspflege ( Begriff gemäss KVG)
- ambulante und stationäre Physiotherapie

Im weiteren Angebote und Erweiterung des Angebotes von Konsiliar- und Belegärzten um unsere Patienten optimal versorgen zu können.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt dem CEO unterstellt. Der Umfang beträgt ca. 20 Stellenprozent.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **20** Stellenprozent zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Käch Claudia  
CEO  
081 926 59 55  
[direktion@spitalilanz.ch](mailto:direktion@spitalilanz.ch)

Frau Zintha Berni  
Messverantwortliche QM  
081 926 59 14  
[z.berni@spitalilanz.ch](mailto:z.berni@spitalilanz.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Leitbild

#### Vision

- Wir sind das Spital der Surselva
- Wir stellen eine qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung sicher
- Wir fördern die Vernetzung und Integration
- Wir sind finanziell eigenständig

#### Mission

- Wir stellen in der Surselva die spitalärztliche Grundversorgung sicher
- Wir sind für die Mitarbeitenden eine attraktive Arbeitgeberin
- Wir haben eine kunden- und teamorientierte Arbeits- und Führungskultur
- Wir engagieren uns in der Aus- und Weiterbildung
- Wir erbringen unsere Leistungen wirtschaftlich und effizient

#### Kernwerte

- Was wir tun, machen wir gut
- Wir erbringen Leistungen von hoher Fachkompetenz und Qualität
- Wir stellen Menschen in den Mittelpunkt
- Wir gehen respektvoll mit den Menschen um
- Wir handeln verbindlich und zuverlässig
- Wir informieren offen und zuverlässig Wir fördern Mitarbeitende in ihrer Fach-, Führungs- und Sozialkompetenz
- Wir fördern die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden
- Wir geben uns klare Strukturen und legen verbindliche Prozesse fest

#### Finanzielle Ziele

Die langfristige Refinanzierung der notwendigen Mittel für den Betrieb und die Investitionen müssen aus dem

Betriebsertrag sichergestellt werden. Das mittelfristige Ziel ist deshalb, dass wir mit den vorhandenen Tarifen und den

gesetzlich vorgegebenen Beiträgen der Versicherer und der öffentlichen Hand ein ausgeglichenes Ergebnis erzielen.

#### Qualitative Ziele

- Wir garantieren optimale Dienstleistungen
- Wir verfügen jederzeit über hochwertige, dem Leistungsangebot angepasste Infrastrukturen
- Wir stellen effiziente und effektive Prozesse sicher
- Wir stellen hohe Ansprüche an die Qualifikation des Personals

- Wir pflegen einen zielorientierten, kooperativen und konsequenten Führungsstil

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

#### **Implementation des interdisziplinären Delirkonzeptes**

Erarbeitung und Umsetzung des Konzept Delir. Einführung und Schulung aller Mitarbeiter Pflege des Ablaufschemas der Massnahmen bei Delirrisiko und nichtentzugsbedingtem Delir

#### **Konzept für Grossschadenersignis (GSE-Konzept) RSS im Katastrophenfall**

Überarbeitung und Anpassung des bestehenden Konzept GSE an die aktuellen personellen und infrastrukturellen Gegebenheiten.

Schulung der Mitarbeiter für den Katastrophenfall.

#### **Durchführung des Messplans des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ.**

- Messung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen
- Messung der potenziell vermeidbaren Reoperationen nach der SQLape Methode
- Postoperative Wundinfektionen Swisnoso
- Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ (5 Basisfragen) durch externen Partner Mecon
- Prävalenzmessung Dekubitus und Sturz LPZ (Stichtagsmessung 13. November 2018)
- SIRIS-Implantatregister

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

### Implementierung des erarbeiteten Konzept Delir

Das Jahresziel 2019 Professioneller Umgang mit aktueller Verwirrtheit für alle Mitarbeitenden in der Pflege wurde mit dem neu erarbeiteten Konzept Delir umgesetzt. In allen Bereichen galt es sicherzustellen, dass alle das neu erstellte Konzept Delir gehört/gelesen/verstanden haben. Eine Auswahl an Massnahmen, wie Pflegediagnosen und Fallbesprechungen, Weiterbildungen intern zum Thema, hausinterne Workshops ermöglichen die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Konzept.

### Konzept für Grossschadensereignis (GSE-Konzept) RSS mit Katastrophenübung

#### ANQ Messplan 2019 für die Akutsomatik wurde umgesetzt:

- Messung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen
- Messung der potenziell vermeidbaren Reoperationen nach der SQLape Methode
- Postoperative Wundinfektionen Swissnoso
- Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ (5 Basisfragen) durch externen Partner Mecon
- Prävalenzmessung Dekubitus und Sturz LPZ (Stichtagsmessung 13. November 2018)
- SIRIS-Implantatregister

Strategische Umsetzungsplanung der ICT Strategie 2019 - 2023

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- IT-Infrastruktur modernisieren und Prozesse digitalisieren
- Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPDG)
- Aufbau PMO (übergeordnet konzeptionelle, interdisziplinäre Projektbearbeitung)
  
- Konzepterstellung für Umbauten und Anpassungen an die geltenden Brandschutzrichtlinien
- Restumbau 2.OG Ost Gynäkologie und Geburtshilfe und konzeptionelle Planung 1.OG mit Optimierung der ambulanten Abläufe
  
- Neu- und Ersatzanschaffungen med. techn. Anlagen
  
- Qualitätsmanagement-System (QM) Zertifizierung SanaCert 2020 - 2022

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

### Bemerkungen

#### Unser Betrieb hat im Betriebsjahr wie folgt interne Messungen durchgeführt:

- Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
- Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
- Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
- Nationale Prävalenzmessung Sturz
- Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
  
- Dekubituserfassung erfolgt fortlaufend über die elektronische Patientendokumentation
- Sturzerfassung erfolgt fortlaufend über die elektronische Patientendokumentation
- Patientenfragebogen schriftlich dauernd

### 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"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung ANQ</li> <li>▪ interne Patientenbefragung</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sturz</li> <li>▪ Sturzmonitoring</li> </ul>
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dekubituserfassung</li> </ul>
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dekubituserfassung</li> <li>▪ Sturzerfassung</li> <li>▪ Patientenbefragung</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Optimierung Umgang mit Beschwerden
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Art-, Inhalt und Bereich der Beschwerde
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen im Spital
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bereichsleitungen und Direktion
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Leitlinien Beschwerdemanagement

##### Dauermessung der Patientenzufriedenheit

<b>Ziel</b>	Patientenumfrage mittels Fragebogen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	dauernd
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	ständige Auseinandersetzung mit zur Qualitätsverbesserung aus dem Fokus der Patientenperspektive
<b>Methodik</b>	Auswertung aller Fragebögen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle am Patientenprozess beteiligte Mitarbeiter
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Pflegedienstleitung, Pflegeexpertin

## Delirkonzept

<b>Ziel</b>	Ablaufschema der Massnahmen bei Delirrisiko und nichtentzugsbedingten Delir
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamter Pflegebereich
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	November 2018 - 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	MABE-Jahresziel aller Mitarbeitenden in der Pflege: Professioneller Umgang mit verwirrten Patienten
<b>Methodik</b>	interne Weiterbildungen, Fallbesprechungen und punktuelle Unterstützung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Pflegedienstleitung, Pflegeexpertin

### 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 2015 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.

#### Bemerkungen

**CIRS** ist fester Bestandteil des Qualitätsmanagement im RSS, verbessert kontinuierlich unsere Versorgungsqualität und ist nicht zuletzt für die diversen Weiterbildungsberechtigungen vorgeschrieben. Die Umstellung und Anbindung auf die Nationale Datenerhebungsplattform **CIRNET** ist erfolgt, die Akzeptanz ist vorhanden, die regelmässigen CIRS-Besprechungen tragen hierzu bei. Es bestätigt sich aufgrund der Anzahl Fallmeldungen seit Einführung des Meldesystem, dass sich im RSS zwischen ein-bis zwei klinikinterne CIRS-Besprechungen pro Jahr sinnvoll sind.

Aufgrund der Vorgaben des Kantons, dass alle Spitäler des Kantons in einem relativen kurzen Zeitraum an das Nationale Meldesystem angeschlossen werden müssen die daraus folgenden IT-Anpassungen waren zeitaufwendig. Aufgrund dieses Umstandes zeigte sich im Berichtszeitraum eine geringere Meldungsdichte, weil das Meldesystem um drei Monate reduziert war.

Gesamthaft sind im Berichtszeitraum (10 Monate) 21 Fälle zu verzeichnen gewesen.

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> 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 <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2007
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	2001
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012
<b>KR GG</b> Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	<a href="http://www.ksgr.ch/krebsregister.aspx">www.ksgr.ch/krebsregister.aspx</a>	2007

## 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
IVR	Rettungsdienst	2007	2018	
REKOLE® - betriebliches Rechnungswesen	Rechnungswesen	2013	2017	Rezertifizierung 2021
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	Sportmedizin/Physiotherapie/ Orthopädie	2015	2015	
CSCQ, MQ, BSD jährliche Qualitätskontrollen für Anaylsen	Labor	2009	2019	Zertifikate für gemachte Analysen

### Bemerkungen

#### SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte

Das Label "SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte" stellt eine sichtbare Anerkennung für ärztliche Weiterbildung an der Regionalspital Surselva AG dar.

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
<b>Regionalspital Surselva AG</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.16	4.25	4.30 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.46	4.61	4.70 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.51	4.53	4.70 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46	4.64	4.70 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.94	4.00	4.20 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.60 %	90.90 %	4.60 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			125
Anzahl eingetreffener Fragebogen	52	Rücklauf in Prozent	42 %

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

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Im Vergleich gegenüber der Messperiode 2018 hat es keine markanten oder auffällige Abweichungen gegeben und wir schneiden im Vergleich zum Gesamtkollektiv aller CH-Spitäler gut bis sehr gut ab.

Die RL Medikamentenprozess wurde überarbeitet und die Abläufe angepasst.

**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 ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

**Bemerkungen**

Die Befragung wurde in Papierform durchgeführt und ohne Erinnerungsschreiben durchgeführt. Die Zustellung des Fragebogens erfolgt jeweils in der ersten Hälfte Oktober.

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Nationale Patientenbefragung ANQ

Ziel dieser Patientenbefragung ist es, auf nationaler Ebene den Qualitätsstandard aus Sicht der Patienten abzubilden und die Ergebnisse national zu vergleichen.

Folgende Fragestellungen wurden gemessen:

#### 1: Behandlungsqualität

Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen.

#### 2: Information, Kommunikation: Fragen

Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?

#### 3: Information, Kommunikation: Antworten

Erhielten Sie Antworten auf Ihre Fragen?

#### 4: Medikation

Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollen, verständlich erklärt?

#### 5: Austrittsmanagement

wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?

#### 6: Aufenthaltsdauer

Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.

Die Messungen haben bei allen stationären Patienten/Patientinnen über 18. Jahren stattgefunden.

Alle erwachsenen Patientinnen und Patienten (über 18 Jahren) mit stationärem Aufenthalt und Austritt zwischen dem 01. bis 30. September, sowie mit Schweizer Wohnsitz wurden befragt.

Mehrfach-hospitalisierte Patienten wurden nur 1x befragt.

Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz wurden nicht befragt.

Im Vergleich gegenüber der letzten Messperiode ANQ hat es keine markanten oder auffällige Abweichungen gegeben und die Regionalspital Surselva AG (RSS) schneidet in allen Basisfragen ANQ im Vergleich zum Gesamtkollektiv aller CH-Spitäler K 123 Versorgungsniveau 5 gut bis sehr gut ab.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PEQ

## 5.2.2 interne Patientenbefragung

Offen gestaltetes Formular mit 12 Fragen und Platz für Bemerkungen. Der Patientenfragebogen kann auch online ausgefüllt werden. Der Fragebogen wird an jeden stationären Patienten abgegeben.

Die Fragen beziehen sich auf:

- ersten Eindruck beim Spitaleintritt
  - Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung
  - Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung
  - Zufriedenheit mit der Infrastruktur
  - Zufriedenheit mit den medizin-therapeutischen Bereichen
  - Zufriedenheit mit der Gastronomie/Roomservice
  - Zufriedenheit mit der Sauberkeit
- 
- In weiteren Fragen über, was haben wir Ihrer Meinung nach gut gemacht?
  - Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns geben und würden Sie wieder für die gleiche Behandlung ins Spital kommen?

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die Befragung hat auf allen stationären Bereichen ohne Ausschlüsse stattgefunden.

Der Patientenfragebogen kann auf Papierform oder online beantwortet werden. Der Fragebogen kann beim Austritt an der Reception in einen Briefkasten gelegt werden oder direkt auf der Station abgegeben werden.

Es wurden 469 Fragebögen ausgefüllt. Die Auswertungen der einzelnen Fragen wurden grössten Teils mit sehr zufrieden ausgewiesen und es gab nur kleine Abweichungen unter 1% zu anderen Jahren. Im Bereich der Infrastruktur und Möblierung gab es Beanstandungen. Allfällige Beanstandungen wurden zeitnah behandelt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Regionalspital Surselva AG**

Beschwerdemanagement

Simona Cajacob

Direktionsassistentin

081 926 59 09

[direktion@spitalilanz.ch](mailto:direktion@spitalilanz.ch)

normale Bürozeiten



## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017
<b>Regionalspital Surselva AG</b>			
Anteil externer Rehospitalisationen	16.18%	17.77%	18.99%
Verhältnis der Raten*	0.95	0.98	0.88
Anzahl auswertbare Austritte 2017:			2288

\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse zeigen keine markanten Abweichungen auf und sind weiterhin konstant.

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den 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 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 Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

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

#### 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Webseite unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

##### Begründung der Messergebnisse

Auf der Website des ANQ sind die bereits öffentlich transparenten Messresultate zu finden.

Aufgrund der sehr geringen Anzahl Patienten am Stichtag im November ist die statistische Relevanz der Messergebnisse ungenügend. Während dem Spitalaufenthalt und dem Stichtag der Messung kam es zu keinem Sturzereignis.

Die interne Sturzerfassung weist sehr gute Resultate auf und eine qualitative Überprüfung ist gegeben. Dies führt zeitnah zu Fallbesprechungen und zu situativen Massnahmen.

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Sturz

Die Prävalenzmessung Sturz ANQ fand im November statt. Die Daten wurden am Stichtag 12. November 2019 bei allen stationären Patientinnen und Patienten nach Einholung ihres mündlichen Einverständnisses über 18 Jahre erhoben. Ausgenommen waren die Wöchnerinnenstation, Notfall, IMC und die Tagesklinik.

Die Daten wurden direkt am Bett durch zwei Pflegefachpersonen erhoben, über das Vorhandensein eines Sturzes in den letzten 30 Tagen. Für alle anderen Fragen diente die Patientendokumentation als Quelle.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.  
Auf den chirurgischen und medizinischen Stationen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

#### Begründung

Die bereits öffentlich transparente Resultate sind auf der Website: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) publiziert. Während dem Spitalaufenthalt der Patienten war kein im Spital erworbener Dekubitus zu verzeichnen.

Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist die statistische Relevanz der Messergebnisse ungenügend. Die Regionalspital Surselva AG liegt in allen Bereichen innerhalb des Vertrauensintervalls.

### 12.2.2 Sturzmonitoring

Alle erfolgten Stürze während des stationären Aufenthalts werden ganzjährig über die elektronische Patientendokumentation erfasst und im Sturzprotokoll festgehalten. Die Sturzrisikoerfassung erfolgt beim Eintritt und wird laufend überprüft und angepasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Die Sturzerfassung findet auf allen Stationen statt.  
Alle erfolgten Stürze während dem stationären Aufenthalt aller Patienten werden eingeschlossen. Ausgeschlossen sind die gesunden Säuglinge, ambulante Bereiche, wie Notfall und Tagesklinik.

Es wurden mit dem Sturzprotokoll 32 Stürze erfasst. Dies ist der tiefste Stand seit Beginn der Messung 2014.

Schulungsziel 2019:

Minderung des Sturzrisikos bei verwirrten Patienten durch vermehrte Achtsamkeit. Anschaffung eines 2.Bodenpflegebettes und Schulung einer neuen Richtlinie ab 2020, die Stürze verwirrter Patienten zu senken.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzerfassung
---	----------------

## 13 Wundliegen

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte	2019	In Prozent
		2016		
<b>Regionalspital Surselva AG</b>				
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0		-
	Residuum*, Kategorie 2-4	0		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019		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.

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

##### Begründung

Auf der Website: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) sind die bereits öffentlich transparente Resultate der Messung zu finden. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist die statistische Relevanz des Messergebnisses ungenügend. Die Regionalspital Surselva AG liegt in allen Bereichen innerhalb des

Vertrauensintervalls.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Dekubituserfassung

Erfassung der im Spital erworbenen Dekubiti über das ganze Jahr, mittels intern entwickelten Instrumente und anhand der Norton Skala.

Es wird die Wundart, Lokalisation, Beurteilungsmerkmale und die Behandlung mittels eines Wundprotokolls mit anschliessender Fotodokumentation in der elektronischen Patientendokumentation WiCareDoc laufend erfasst und angepasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Bei allen stationären Patienten während den ganzen Berichtsjahrs

Dekubiti Erfassung Grad 1 - Grad 4 bei allen stationären Patienten, ausser bei Wöchnerinnen und Säuglingen.

Erfassung der Dekubiti in der elektronischen Patientendokumentation WCD

Es wurden 8 Dekubiti als im Spital erworben erfasst. Im Vergleich 2018 waren es 22.

Schulung 2019: Post-OP Lagerungsschäden vermeiden

Im 2019 wurden keine Lagerungsddekubitus bei chirurgischen Patienten [1] erfasst. Im 2018 wurden 7 Patienten erfasst.

[1] Definiert als chirurgische Patienten mit bei Eintritt geringem Risiko nach der Nortonskala.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 17 Weitere Qualitätsmessungen

### 17.1 Weitere eigene Messungen

#### 17.1.1 Dekubitusserfassung

Kontinuierliche Erfassung der nosokomialen Dekubiti Grad 1 - 4. Diese Messung wird jährlich an allen Patienten durchgeführt. Die Dekubitusprävention wird in der Pflege vertieft anhand der Pflegediagnosen thematisiert.

Dekubiti werden punktuell besprochen.

Matratzen und Lagerungsmaterial beruhen auf dem Prinzip der Mikrostimulation und das Wundkonzept wird laufend überprüft.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Bei allen stationären Patienten während des Geschäftsjahrs.

Alle stationären Patienten auf allen Stationen. Ausnahme bilden die ambulanten Bereiche, wie Notfall und Tagesklinik, Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge.

Es zeigt sich, dass die Hinterlegung der Pflegediagnosen und Risikoeinschätzungs- Assesment in der E-Patientendokumentation zur deutlichen Abnahme von Dekubiti führt und die präventiven Massnahmen früh ergriffen werden.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

#### 17.1.2 Sturzerfassung

Erfassung aller erfolgten Sturzereignisse während dem Spitalaufenthalt und deren Einflussfaktoren und gemachte Interventionen und Präventionen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Bei allen stationären Patienten über 18.Jahren

Alle Stürze von stationären Patienten werden dauernd erfasst. Ausgeschlossen sind ambulante Bereiche, wie Notfall und Tagesklinik, Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge.

Es zeigt sich, dass das Risikobewusstsein der Pflegenden hoch ist und die präventive Sturzeinschätzung sehr konsequent gemacht wird.

Die Anzahl der Sturzereignisse ist weiterhin rückgängig und die situativ eingeleiteten Massnahmen anhand der Sturzerfassung greifen.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 17.1.3 Patientenbefragung

Spitalinterner Patientenfragebogen über alle involvierten Bereiche während des Aufenthaltes. Offen gestaltetes Formular mit 12 Fragen und die Möglichkeit für Bemerkungen. Der Patientenfragebogen kann auch online ausgefüllt werden, oder direkt beim Austritt auf der Station oder im Briefkasten Reception hinterlegt werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Bei den stationären Patienten in allen Bereichen ohne Ausschlüsse.

Die Fragen decken alle internen Bereichen, während dem Spitalaufenthalt ab. Ausschluss sind die ambulanten Bereiche, wie Notfall, Tagesklinik und die Säuglinge.

Die Patientenbefragung intern zeigt keine grossen Abweichungen, gegenüber dem letzten Berichtsjahr auf.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

#### Bemerkungen

.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Delir

##### **Richtlinie Delir**

Ablaufschema der Massnahmen bei Delirrisiko und nichtentzugsbedingtem Delir sind beschrieben und im Intranet aufgeschaltet.

Für jeden Mitarbeitenden in der Pflege je nach Funktion wird ein MABE-Ziel zu professioneller Umgang mit verwirrten Patienten vereinbart. Zur Erreichung Ihres Zieles werden die Mitarbeitenden mit internen Weiterbildungen, Fallbesprechungen und punktueller Beratung durch die Pflegeexpertin unterstützt.

#### 18.1.2 GSE Grossschadenerscheinung

Konzeptüberarbeitung und Anpassung an die aktuelle Personal- und Infrastruktur mit im Anschluss geplanter Katastrophenübung.

Involvierte

Nach Schulung der Mitarbeitenden wurde im November 2019 eine fiktive Explosion einer Gasflasche in einem Festzelt mit mehr als 40, teilweise schwer verletzten Personen geplant und durchgeführt. Die Mitarbeitenden hatten im Vorfeld keine Kenntnisse und wurden wie im Ernstfall alarmiert.

Die erste Bilanz der Organisatoren, sowie der Beteiligten fiel positiv aus, insbesondere weil es während der Übung gelungen ist, die Versorgung und Betreuung richtiger Patienten vollumfänglich zu gewährleisten.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

#### 18.2.1 Umbau Patientenzimmer

##### **Umbau 1. und 2.OG**

Der Umbau im 2.OG ist abgeschlossen und die Räumlichkeiten im Ambulanten Zentrum konnten im Dezember bezogen werden.

Die konzeptionelle Planung der Infrastruktur Umbau des 1.OG in der Zukunft ist in Bearbeitung.

#### 18.2.2 Planung Umbau

##### **Teilausbau 2. Obergeschoss**

Die Räumlichkeiten für das Ambulante Zentrum konnten im Dezember in Betrieb genommen werden.

## **18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte**

### 18.3.1 IVR-Re-Zertifizierung

#### **IVR-Re-Zertifizierung**

Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr. Im Oktober 2018 konnte der Rettungsdienst das neue IVR (Interverband für Rettungswesen) Zertifikat entgegen nehmen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Qualität ist der Regionalspital Surselva AG ein hohes Anliegen. Fachspezifische Weiterbildungen und Fortbildungen von Mitarbeitern ermöglichen die Qualität in der täglichen Arbeit laufend zu vermitteln und umzusetzen.

Das Wohlwollen der Patienten/innen liegt uns am Herzen, damit Sie weiterhin Ihr Spital in der Nähe aufsuchen. Die Bevölkerung der Surselva soll auch in der Zukunft die bestmögliche medizinische Grundversorgung nahe dem Wohnort vorfinden. Auch wenn die Gesundheitsversorgung zunehmend de-institutionalisiert wird, werden wir in Zukunft Ihr Spital sein! Dank einem neuen Ambulanten Zentrum können wir noch mehr als spezialisierter Ansprechpartner für Ihren Spitalaufenthalt in Koordination und vernetzt mit vielen, externen Gesundheitspartnern für Sie dasein.

## 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

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
<b>Gefässe</b>
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie

Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie

## 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/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.samw.ch).