



Qualitätsbericht 2015

Kantonsspital Graubünden



Bei uns sind Sie in besten Händen

Version 8.0

Nach den Vorgaben von



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 2015.

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 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.

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 2015

Frau Dr. phil.
Tima Plank
Qualitätsmanagerin
+ 41 81 255 23 20
tima.plank@ksgr.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitalertritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	12
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	13
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	14
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	15
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	16
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	25
4.5 Registerübersicht	26
4.6 Zertifizierungsübersicht	29
QUALITÄTSMESSUNGEN	32
Befragungen	33
5 Patientenzufriedenheit	33
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	33
5.2 Eigene Befragung	35
5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)	35
5.3 Beschwerdemanagement	36
6 Angehörigenzufriedenheit	37
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	37
6.2 Eigene Befragung	38
6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin	38
7 Mitarbeiterzufriedenheit	39
7.1 Eigene Befragung	39
7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage	39
8 Zuweiserzufriedenheit	40
8.1 Eigene Befragung	40
8.1.1 Zuweiserumfrage	40
Behandlungsqualität	41
9 Wiedereintritte	41
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	41
10 Operationen	43
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	43
11 Infektionen	45
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	45
12 Stürze	48
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	48
12.2 Eigene Messung	49
12.2.1 Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal	49
13 Wundliegen	50
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	50
13.2 Eigene Messungen	53
13.2.1 Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen	53

14	Weitere Qualitätsmessung	54
14.1	Weitere eigene Messung	54
14.1.1	Qualitätsmessungen in Fachbereichen	54
15	Projekte im Detail	55
15.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	55
15.1.1	sanaCERT Re-Zertifizierung	55
15.1.2	Klinisches Risikomanagement	56
15.1.3	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess und Lean Management.....	56
15.1.4	Ambulante Patientenumfrage.....	57
15.1.5	Zuweiserumfrage	57
15.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	58
15.2.1	progress! Sichere Chirurgie	58
15.2.2	Patienten-Identifikation.....	58
15.2.3	ANQ Messempfehlungen	58
15.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	59
15.3.1	Zertifizierungen im Überblick.....	59
16	Schlusswort und Ausblick	60
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		61
Akutsomatik		61
Anhang 2		65
Herausgeber		67

1 Einleitung

Gemeinsam für mehr Patientensicherheit! lautete das Motto des Internationalen Tages der Patientensicherheit am 17. September 2015, welcher durch die Stiftung für Patientensicherheit als internationaler Aktionstag durchgeführt wurde. Das Kantonsspital Graubünden beteiligte sich mit daran und setzte auch nach aussen ein Zeichen, um das Bewusstsein für vermeidbare Risiken zu schärfen.

Gemeinsam für mehr Patientensicherheit bewirkt auch das Integrierte Risikomanagement im Kantonsspital Graubünden. Dieses wird seit dem Berichtsjahr zusammen mit der Hochschule Luzern Wirtschaft auf eine fundierte Basis gestellt. Verschiedene sicherheitsrelevante Bereiche wie Klinisches Risikomanagement, Internes Kontrollsystem oder das Krisenmanagement werden in einem Ansatz eines ganzheitlichen Risikomanagements optimal vernetzt. Dadurch findet ein systematischer, prospektiver Risikomanagementprozess statt. Mit der im Berichtsjahr gestarteten systematischen Umsetzung des Klinischen Risikomanagements kann zudem der letzte Baustein eines umfassenden Qualitätsmanagement im Kantonsspital Graubünden geschaffen werden.

Dieser integrierte Ansatz ist notwendig, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen nach wie vor gewachsen zu sein. Während die Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung seit Jahrhunderten steigt – die Schweiz weist nach Japan den weltweit zweithöchsten Wert auf – werden die gesundheitlichen Risiken und Chancen immer komplexer. Themen wie die starke Zunahme chronischer Krankheiten oder ein Übergewicht bereits im Kindesalter sind zentrale Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Und kostenintensive. Hier schliessen nun neue Ansätze für die medizinische Versorgung die bisherigen Versorgungslücken. Das Kantonsspital Graubünden beschreitet diesen Weg seit Anbeginn an. Mit neuen Kooperationen mit zentralen Anspruchsgruppen auf allen Ebenen, der Schaffung einer Technologieplattform (e-Health), einem zertifizierten Qualitätssystem und der ‚grössten Baugrube‘ des Kantons (SUN Bauprojekt) hält das Kantonsspital Graubünden Schritt mit dieser rasanten Entwicklung. Der erfolgreiche Abschluss von Qualitätsprojekten wie das nationale Programm progress! Sichere Chirurgie mit Implementierung der OP-Checkliste oder die Patienten-Identifikation mittels Armband zeigen dies exemplarisch auf.

Das Kantonsspital Graubünden als Zentrumsspital der Südostschweiz wächst und mit ihm die Verantwortung. Flagge ist und bleibt dabei die optimale, qualitativ hochstehende Versorgung für die Patienten und Patientinnen. Um dieses zu erreichen, braucht es Mut, Klarheit und einen unermüdlichen Einsatz aller Mitarbeitenden im Spital. Der Erfolg bescheinigt eine ausserordentlich hohe Patientenzufriedenheit auch im Berichtsjahr, welche das Vertrauen und die Sicherheit der Patienten und Patientinnen in uns sichtbar macht.

Freundliche Grüsse



Dr. oec. HSG Arnold Bachmann
Vorsitzender der Geschäftsleitung

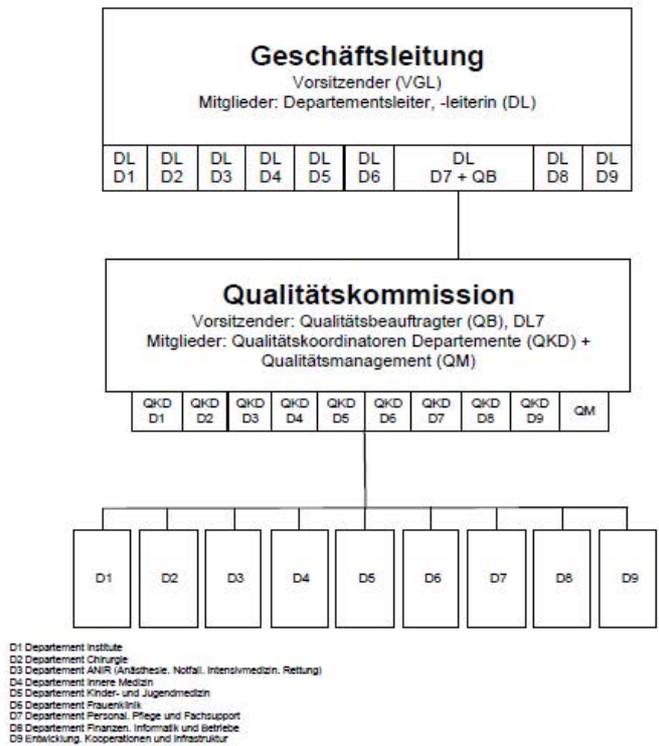
© Kantonsspital Graubünden, Chur. Freigabe durch die Geschäftsleitung am 9. Mai 2016 und durch den Verwaltungsrat am 19. Mai 2016.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm Qualitätsorganisation



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

Bemerkungen

Die oberste Führung des Kantonsspital Graubündens zeigt sich für Qualität verantwortlich. Sie ist ein Vorbild für Qualität. Sie fordert alle Mitarbeitenden auf, die Mitverantwortung für Qualität zu tragen. Im Kantonsspital Graubünden hat man sich für die Organisation des Qualitätsmanagements Top-down (Qualitätsbeauftragter ist Mitglied der Geschäftsleitung) und Bottom-up (Jedes Departement entsendet eine/n Vertreter/-in in das ständige Fachgremium Qualitätskommission) entschieden.

Das Qualitätsmanagement ist mit 160 Stellenprozent besetzt. Die Kapazität der Vertreter/-innen pro Departement ist in der Grössenordnung von mind. 5 % oder je nach Definition des Departements festgelegt. Dies kann sich weiter anpassen (z.B. durch Integretion des Klinischen Risikomanagements ab 2016).

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Heinrich Neuweiler
Qualitätsbeauftragter
Kantonsspital Graubünden
081 256 66 21
heinrich.neuweiler@ksgr.ch

Frau Dr. phil. Tima Plank
Qualitätsmanagerin
Kantonsspital Graubünden
081 255 23 20
tima.plank@ksgr.ch

3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch des Kantonsspital Graubündens ist ein Leistungsversprechen, das in der Strategie festgehalten wird. Jährlich im Mai/Juni halten der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung ein gemeinsames Strategiemeeting ab. An diesem werden aufgrund diverser Inputs und Analysen sowohl die Mission, die Strategie als auch die Werte überprüft und nach Bedarf angepasst. Die strategischen Erfolgsfaktoren und die strategischen Absichten und Initiativen werden für das Folgejahr festgelegt. Zur Konkretisierung spezifischer Fragestellungen können Teilstrategien formuliert werden. Zur Unterstützung der gesamten Strategieentwicklung setzt man am Kantonsspital Graubündens das KSGR House und das Management-Informationssystem (MIS als Kennzahlensystem) ein. Ausgehend von einer Strategie, die neben den Shareholder auch die Stakeholder und die Umwelt berücksichtigt, werden kritische Erfolgsfaktoren bestimmt und daraus ein Kennzahlensystem abgeleitet, das dann die Messgrößen für die Erreichung von Strategischen Zielen repräsentiert. In einem kontinuierlichen Prozess werden Ziele und Zielerreichung überprüft und durch weitere Massnahmen gesteuert. Die MIS ist damit eine ganzheitlich orientierte, kennzahlenbasierte Zielfindungsmethode, welche die Strategie eines Unternehmens oder Unternehmensteile als auch relevante interne und externe Aspekte sowie deren Wechselwirkung betrachtet.

Die Qualitätsstrategie des Kantonsspitals Graubündens ist wie folgt in der Unternehmensstrategie verankert:

Wir nehmen unsere Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck unserer Orientierung an der Patientin, am Patienten und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit. Die Qualität muss sichtbar und in einem ständigen Kreislauf verbessert werden (PDCA-Qualitätskreislauf).

Neu wird ab 2016 auch Strategieziel ‚Integriertes Risikomanagement‘ verankert.

Als ständiges Fachgremium berät die **Qualitätskommission** die Geschäftsleitung in allen Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung. Die Qualitätskommission ist direkt der Geschäftsleitung unterstellt und repräsentativ über alle Departemente zusammengesetzt. Sie koordiniert Qualitätsmassnahmen, Qualitätsvorhaben und Qualitätsprojekte, stellt Anträge an Entscheidungsgremien und fördert die Qualitätsentwicklung im ganzen Betrieb. In 2016 wird sie um das Klinische Risikomanagement erweitert.

Qualitätsziele Die zu erreichenden Qualitätsziele müssen in einer aufgabengerechten Form beschrieben und die zur Zielerreichung notwendigen Prozesse festgelegt sein.

- **Definition der Qualitätsziele:** Die Jahresziele der Qualitätskommission mit Festlegungsprozess und Controlling zur Qualitätssicherung werden jährlich von der Qualitätskommission definiert und der Geschäftsleitung zur Genehmigung unterbreitet.
- **Controlling:** Das Qualitätsmanagement ist für ein laufendes Controlling der Umsetzungsmassnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele zu Handen der Qualitätskommission verantwortlich.
- **Dabei wird die definierte Qualitätsstrategie** berücksichtigt oder der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat Änderungsanträge zur Qualitätsstrategie unterbreitet. 10 Jahre nach Fusion des Kantonsspitals Graubündens haben in 2016 entsprechende Q-Strategieworkshops zur Standortbestimmung durch die Qualitätskommission stattgefunden bzw. finden statt.

Die Qualitätsziele der Qualitätskommission 2015 sind im Anhang hinterlegt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

sanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital

Verabschiedung der Qualitätsstandards für die Re-Zertifizierung 2017: Im November 2014 hat das Kantonsspital Graubünden das Re-Zertifizierungsaudit durch die unabhängige Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sanaCERT suisse mit der sehr guten Gesamtpunktzahl von 28 Punkten (von 32 möglichen Punkten) bestanden. Die Geschäftsleitung stimmte am 18. Mai 2015 den, von der Qualitätskommission empfohlenen, acht sanaCERT Q-Standards für die Re-Zertifizierung 2017 einstimmig zu. Die Evaluation der Q-Standards für die Re-Zertifizierung 2017 erfolgte dabei in zweifacher Feedbackschleife in allen Departementen des Kantonsspitals Graubünden.

Erfolgreiche Durchführung des Überwachungsaudits 2015: Gemäss Reglement über die Zertifizierung der sanaCERT suisse müssen nach erfolgreicher Zertifizierung, bis zur Re-Zertifizierung jährlich Überwachungsaudits erfolgen. Das Überwachungsaudit dient dazu, zu beurteilen, ob das von der Stiftung sanaCERT suisse zertifizierte Qualitätsmanagement-System einwandfrei weiter wirksam ist und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zu deren Ablauf gegeben sind. Für die Überwachungsaudits muss vorab ein Selbstbewertungsbericht über die einzelnen Q-Standards eingereicht werden. Das erste sanaCERT Überwachungsaudit fand am 24. November 2015 nach erfolgreicher Re-Zertifizierung 2014 statt. Das Qualitätsmanagementsystem im KSGR ist **einwandfrei weiter wirksam**.

Klinisches Risikomanagement

Erste Risikoidentifikation und -bewertung durchgeführt: Aus Sicht des Qualitätsmanagements kann mit der Einführung des Klinischen Risikomanagements der letzte Baustein eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems im Kantonsspital Graubünden umgesetzt werden. In 2014 wurde von der Geschäftsleitung der Schlussbericht über eine Umsetzung des Klinischen Risikomanagements bzw. über das Integrierte Risikomanagement verabschiedet. Der Schlussbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Hochschule Luzern – Wirtschaft erstellt. In 2015 starteten die ersten Umsetzungsarbeiten mit einer Risikoidentifikation und Risikobewertung im Departement Chirurgie. Bis Frühjahr 2016 ist die Risikoidentifikation und -bewertung in allen Departementen abgeschlossen; ein integrierter Risikomanagementbericht wird der Geschäftsleitung zuhänden des Verwaltungsrates unterbreitet werden.

Abschluss der Q-Projekte progress! Sichere Chirurgie und Patienten-Identifikation

Im Frühling 2013 wurde Kantonsspital Graubünden als eines von 10 Pilotspitalern für die Teilnahme am Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie der Stiftung für Patientensicherheit ausgewählt. Das Pilotprogramm ist Teil der Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen. Ziel des Pilotprogramms ist die Verbreitung der ausnahmslosen und korrekten Anwendung der chirurgischen Checkliste, um so die Zahl der Zwischenfälle in der invasiven Medizin zu senken. Das Programm startete im Sommer 2013 und dauert bis Sommer 2015. Ziele waren die Verhinderung von „never events“, die Reduktion von unerwünschten Ereignissen wie Wundinfekte sowie eine 100%ige Compliance bei der (WHO)-Checklistenanwendung und daraus resultierend eine Erhöhung des Sicherheitsklimas und der Teamkommunikation. Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden; die Massnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit sind in Umsetzung.

Auch das Q-Projekt Patienten-ID wurde im Berichtsjahr erfolgreich abgeschlossen. Ziel ist die sichere Patientenidentifikation im Kantonsspital Graubünden. Durch das Projekt sind alle Patienten/-innen des KSGR während des gesamten Behandlungsprozesses sicher identifizierbar.

Patientenverwechslungen werden eliminiert (z.B. bei Medikamentenabgabe, Blutentnahme und Gabe von Blutprodukten, Diagnostik, Interventionen im Operationssaal, Abteilungswechsel). Die eingesetzten Patientenarmbänder dienen als Hilfsmittel zur sicheren Patientenidentifikation. Nebst der Einführung der Patientenarmbänder werden auch Kommunikationsstandards zur sicheren Patientenidentifikation (z.B. aktive Patientenansprache) umgesetzt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

Umsetzung der Messempfehlungen des ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Wie jedes Jahr, werden die Messempfehlungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ (siehe unten) durchgeführt. Die Messempfehlungen sind in den Jahreszielen verankert und in der Quality Dashboard aufgenommen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mittels SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mittels SQLape
- Prävalenzmessung Sturz mit dem Instrument LPZ
- Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Instrument LPZ
- Messung der stationären Patientenzufriedenheit
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Registrierung im siris-Knie- und Hüftimplantatregister
- Die Messungen verlaufen routinemässig. Neu wird ab 2017 die Registrierung in einem siris-Wirbelsäulenimplantatregister als weitere ANQ Messempfehlung aufgenommen.

Ambulante Patientenumfrage: Abschluss zweites Pilotprojekt

Die strategisch wichtige Anspruchsgruppe der ambulanten Patientinnen und Patienten wird im Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden berücksichtigt. Es ist geplant, analog der Dauermessung im stationären Bereich, eine Dauermessung im ambulanten Bereich mittels eines sogenannten Grünen Fragebogens zu realisieren. Dazu wurde in 2014 ein erstes Pilotprojekt lanciert; im Berichtsjahr folgte nun ein zweites Pilotprojekt mit dem Ziel, einen einheitlichen Basisfragebogen samt einheitlichem Prozess zu bestimmen. Das zweite Pilotprojekt konnte im Februar 2016 erfolgreich abgeschlossen werden. Die hausweite Umsetzung ist in Planung.

Analysebericht über die Dauermessung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)

Die Messung der stationären Patientenzufriedenheit findet mit einer Dauermessung mittels eines sogenannten Gelben Fragebogens statt. Jährlich erstellt das Qualitätsmanagement einen Analysebericht über das vergangene Jahr. Die Analyse 2015 zeigte wiederum ein positives Bild: Die über 3'100 ausgefüllten Fragebögen im Erwachsenenbereich und über 1'300 ausgefüllten Fragebögen im Bereich Kinder und Jugendliche zeigen generell nach wie vor sehr hohe Patientenzufriedenheitswerte. Die Ergebnisse der ANQ-Fragen im Gelben Fragebogen sind nach wie vor tendenziell besser als die sehr guten Werte des KSGR in der Nationalen Patientenumfrage. Der PDCA-Qualitätskreislauf ist geschlossen; je Departement resultieren Massnahmen aus der Dauerumfrage. Nach dreijährigem hausweitem Einsatz des erweiterten Gelben Fragebogens fand am 19. August 2015 eine erste hausweite Standortbestimmung mit den Verantwortlichen statt. Der Gelbe Fragebogen und der diesbezügliche Prozess bewähren sich nach wie vor; es wurden marginale Anpassungen im Sinne der Weiterentwicklung gemeldet.

Evaluation des Kurswesens durch standardisierten Kursfragebogen und Entwicklung Austrittsfragebogen

Im Personaldienst konnte im Bereich der Kursbeurteilung in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement nach einem erfolgreichen Pilotprojekt die Kursevaluation in die Linie übergeben werden. Alle internen Kurse werden mit dem weiterentwickelten Kursfragebogen und dem entsprechenden Prozess evaluiert; der Kursfragebogen wird automatisiert via Umfragetool analysiert. Verbesserungsmassnahmen werden – wo sinnvoll – getroffen. Im Bereich des weiterentwickelten Austrittsfragebogens und Prozesses findet zum Zeitpunkt der Berichterstellung ein Pilotprojekt statt. Mit der flächendeckenden Umsetzung kann in 2016 gerechnet werden.

Quality Dashboard 2015: Neuer Controllingprozess durch die Geschäftsleitung

Die Quality Dashboard als Kennzahlensystem ermöglicht es Entscheidungsgremien, die Qualitätsentwicklung auf einen Blick zu erkennen, zu beurteilen und diese sowohl längerfristig (Strategie) als auch kurzfristig (Korrekturmassnahmen) zu steuern. Die Quality Dashboard KSGR

beinhaltet alle für das KSGR wesentlichen Ergebniskriterien im Qualitätsbereich. Sie wird in der Regel vor dem jährlichen Strategiemeeting des Verwaltungsrates / Geschäftsleitung der Geschäftsleitung zur Verabschiedung und dem Verwaltungsrat zur Kenntnisnahme unterbreitet und laufend weiterentwickelt. Neu wird ab 2015 der Controllingprozess durch die Geschäftsleitung in diesem Sinne umgesetzt, als dass bei auffälligen Ergebnissen in der Quality Dashboard innerhalb eines halben Jahres ein Bericht mit Angabe von Massnahmen der Geschäftsleitung zu unterbreiten ist.

CIRS

Das CIRS-Tool wurde um das Modul zur Sturzerfassung erweitert (mit Go-live Schaltung anfangs 2016); zudem wurde intern ein Kategorienbaum des Kantonsspitals Graubünden implementiert. Ein Upgrade erfolgte im Oktober 2015. Die beiden jährlichen Erfahrungsaustausche haben stattgefunden; das Qualitätsmanagement nahm an der CIRNET Jahrestagung teil. Der CIRS Prozess samt Definition bewährt sich; die Veranstaltung Umgang mit schwerwiegenden Ereignissen beginnt sich zu etablieren. Der CIRS Gesamtreport 2015 ist erstellt.

BAG Qualitätsdaten 2013

Wie jedes Jahr, veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auch im Berichtsjahr die mittlerweile siebte Ausgabe der Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2013 auf der Grundlage der Mortalitätsstatistik der Helios Kliniken, Deutschland. Das Kantonsspital Graubünden brachte eine Fussnote zu den Qualitätsindikatoren an (Q-Indikator Offene abdominale OP bei Aortenaneurysma nicht rupturiert). Das Kantonsspital Graubünden hält sich nach wie vor an die Botschaft von H+ Die Spitäler der Schweiz, dass die Mortalitätszahlen einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung dienen können, jedoch keine Qualitätsindikatoren per se darstellen.

Q-Kommunikation nach aussen

Am 18. Februar 2015 fand eine Informationsveranstaltung mit den Grossräten Spitalregion und am 24. Oktober 2015 eine Informationsveranstaltung mit dem Gesundheitsamt Graubünden statt. In beiden Veranstaltungen wurde das Qualitätsmanagement im Kantonsspital Graubünden erläutert bzw. näher gebracht, was Qualität und die Zertifizierung nach sanaCERT suisse für das Kantonsspital Graubünden bedeutet. Beide Veranstaltungen konnten erfolgreich durchgeführt werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Der Patientensicherheit misst das Kantonsspital Graubünden einen zentralen Stellenwert ein. Aus diesem Grund wird das klinische Risikomanagement weiterhin umgesetzt respektive das integrierte Risikomanagement mit grosser Sorgfalt und Nachhaltigkeit verankert. Wichtiger Punkt bleibt nach wie vor die kontinuierliche Qualitätsverbesserung und die Etablierung des Qualitäts- und Risikogedankens im Betrieb. Die Grundhaltung des Kantonsspitals Graubünden bleibt partnerschaftlich, transparent und engagiert. Aus diesem Grund wird laufend - auch auf nationaler Ebene - an Qualitätsthemen mitgewirkt, sei das durch die Teilnahme an nationalen Programmen oder Pilotprojekten oder durch Einsitze in nationale Gremien. Das gut funktionierende Qualitätssystem soll weiterhin auch von aussen durch eine Zertifizierung bestätigt werden. Die Kommunikation der vielfältigen Qualitätsaktivitäten des Kantonsspital Graubünden soll intensiviert werden. Delegationsbesuche von Spitalern sind weiterhin willkommen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden war eines der ersten Spitälern, welches dem Nationalen Qualitätsvertrag mit ANQ betreffend die Umsetzung und Finanzierung von nationalen Qualitätsmessungen im stationären Bereich beigetreten ist und an den entsprechenden Pilotprojekten des ANQ teilgenommen hat. Das Kantonsspital Graubünden setzt alle ANQ Qualitätsmessungen um und hält Einsitz in den ANQ Fachausschuss Qualität.

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:

- Qualitätskontrollen des Gesundheitsamtes Graubünden ab 2016

Bemerkungen

Die Spitäler sind nach Art. 58 KVG und Art. 77 KVV zur Qualitätssicherung verpflichtet. Das Gesundheitsamt ist als kantonale Aufsichtsbehörde für die Kontrolle zuständig. Ab 2016 setzt das Gesundheitsamt Graubünden Qualitätskontrollen in den Spitälern mit einem eigens dafür entwickelten Konzept durch. Einige Kontrollen funktionieren nach dem Prinzip der Selbstdeklaration; andere Themen werden durch Sichtung der Unterlagen überprüft. Das Kantonsspital Graubünden hat die geforderten Unterlagen vollumfänglich fristgerecht an das Gesundheitsamt Graubünden übermittelt und zu einem Gespräch eingeladen. Dieses wird im Q2/2106 erfolgen.

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>
▪ Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Hausweite Mitarbeiterumfrage
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserumfrage

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal
<i>Wundliegen</i>
▪ Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Qualitätsmessungen in Fachbereichen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

sanaCERT

Ziel	Re-Zertifizierung 2017
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011 andauernd

Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit

Ziel	Zweite hausweite Mitarbeiterumfrage in 2013 sehr erfolgreich; nächste Mitarbeiterumfrage in 2017.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2008 alle vier Jahre

Patientenumfrage

Ziel	Dauermessung stationäre Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen inklusive ANQ-Fragen)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Hausweit und automatisiert ab 01.01.2013
Begründung	ab 2016 hausweite Umsetzung auf ambulanten Patientenbereich geplant (Grüner Fragebogen); Pilotprojekte in 2015 erfolgreich abgeschlossen

Krebsregister

Ziel	International Agency for Research on Cancer IARC
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pathologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2008
Evaluation Aktivität / Projekt	Das KSGR hat von den Kantonen Graubünden und Glarus einen Leistungsauftrag zur Führung des epidemiologischen Krebsregisters Graubünden-Glarus mit ärztlicher Leitung, Datenmanagement und Statistik erhalten (04.02.2013).

Qualitätsentwicklung im Pflegedienst

Ziel	Definition und Weiterentwicklung der Pflegequalität, Steuerung der Entwicklung & Überprüfung von Pflegestandards
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital / Steuerung: Personal, Pflege & Fachsupport
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Umfragetool EvaSYS

Ziel	Automatisierung aller hausinternen Umfragen (Patientenbefragung, Schulungsevaluationen).
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2009
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Migrant Friendly Hospital

Ziel	Das KSGR strebt an, ein "Migrantenfreundliches Spital" zu sein.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2009 laufend
Begründung	Das Konzept transkulturelle Kompetenz wurde freigegeben durch die Pflegekaderkonferenz 27.10.2010.

Raucherfreie Zonen in sämtlichen öffentlichen Bereichen (z.B. Eingangsbereich) des Spitals.

Ziel	„Rauchfreies Kantonsspital Graubünden“ - Schutz der Mitarbeitenden vor Passivrauchen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Zertifizierung Rauchstopp-Beratung in 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Rauchstopp-Beratungsstelle des KSGR ist ein nationales Kompetenzzentrum.

Prozessmanagement

Ziel	Hausweites Prozessmanagements
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2010

Einsatz von E-Learning Tools für Mitarbeitende

Ziel	E-Learning als effizienter Weg, reine Wissensinhalte auf ökonomische Weise breit zu vermitteln.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Oktober 2011 - andauernd
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Update Intranetauftritt

Ziel	Hauptziel des neuen Auftritts ist es, die Site kunden- und benutzerfreundlicher zu gestalten.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Start neuer Intranetauftritt per 01.03.2016

Radiologie-Informations-System (RIS)

Ziel	Das RIS beinhaltet eine papierlose Dokumentation und Verwaltung von Daten in der Radiologie.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab Oktober 2012

Patientenverfügung

Ziel	Jede urteilsfähige Person kann schriftlich festhalten, wie sie medizinisch behandelt werden möchte.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab Februar 2011

Konzept Beschwerdemanagement

Ziel	Optimaler Umgang mit Beschwerden, Durchführung BM-Schulungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2013

Konzept Krisenmanagement bei kritischen Ereignissen mit Patientenschaden

Ziel	Optimales Risikomanagement für Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Ab 2015 zusätzliche Vorträge mit ehemaligem Chefarzt IPS (PD A. Frutiger)

CIRS

Ziel	Hausweite Umsetzung im Rahmen der sanaCERT Zertifizierung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2011
Begründung	Lernpotenzial und Vermeidung von Personenschäden durch gut funktionierendes CIRS-System mit Meldekreis-Organisation und Software samt anonymisierter Fallverfolgungsmöglichkeit und integrierter Massnahmendatenbank

Validierung durch externe Revisionsstelle: NICE Computing, Le Mont-sur-Lausanne

Ziel	Validierung der medizinischen Kodierung durch eine externe Revisionsstelle nach Vorgaben BfS.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Fachstelle Medizinische Kodierung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2010

Datenschutzkonzept

Ziel	Sichere Aufbewahrung und Vernichtung von vertraulichen Daten.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Seit 01.01.2016 Leitlinie Datenschutz und Informationssicherheit sowie ICT-Sicherheitsbeauftragter. Leiterin Haftpflichtstelle ist interne Datenschutzbeauftragte.

Kampagne H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz „Sicher mit Chemikalien arbeiten“

Ziel	Schulung der geltenden gesetzlichen Grundlagen für alle Vorgesetzte und deren Mitarbeitende
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2013

Klinisches Risikomanagement

Ziel	Implementierung Klinisches Risikomanagement im Rahmen des Integrierten Risikomanagements
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011 in Zusammenarbeit mit der Hochschule Wirtschaft Luzern
Begründung	Umsetzung Risikomanagement als letzter Baustein eines umfassenden QM-Systems

Progress! Sichere Chirurgie

Ziel	Teilnahme am Nationalen Pilotprogramm der Stiftung für Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Chirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	im Sommer 2015 erfolgreich abgeschlossen
Begründung	Weiterführung und ab 2016 Unterstützung der Charta zur Sicheren Chirurgie

Qualitätszirkel

Ziel	Qualitätsverbesserung im Sinne des PDCA-Qualitätskreislaufes
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Chirurgie sowie Departement Kinder- und Jugendmedizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Ab 01.01.2014 Neuschaffung eines Ressorts Qualität im Departement Chirurgie

Optimierung Patiententransporte

Ziel	Ziel des Projekts ist die bestmögliche Ausnutzung der Transportkapazität im Patiententransportdienst
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dreiwöchige Erhebungsdauer ab 25.03.2015

Mitglied H+ Branchenlösung zur Arbeitssicherheit

Ziel	Erhöhung der Arbeitssicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Konfliktmanagement

Ziel	Wirkungsvoller Umgang mit Konflikten mit Lern- bzw. Entwicklungspotential für alle Beteiligten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2007 Konzept Konfliktmanagement. Ab 2008 laufend Mitarbeiterschulungen. Konflikttheater in 2013

Sichere Patienten-Identifikation

Ziel	Die sichere Patientenidentifikation ist während des gesamten Behandlungsprozesses gewährleistet
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Hausweite Umsetzung ab 2015
Begründung	Zusätzlich Q-Richtlinie zur Sicherer Patienten-Identifikation

Interne Audits Room-Service

Ziel	Sicherstellung und Verbesserung der Dienstleistungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Personal, Pflege & Fachsupport
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Interne Audits bei der Leistungserfassung (LEP)

Ziel	Verbesserung der Datenqualität und pflegerischen Leistungserfassung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Personal, Pflege & Fachsupport
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Audit / Revisionen

Ziel	Sicherstellung und Aufrechterhaltung der hohen Dienstleistungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Finanzen, Informatik und Betriebe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2005

Internes Kontrollsystem (IKS)

Ziel	Optimale Risikobeurteilung im Finanzsektor
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Finanzen, Informatik und Betriebe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Gesetzliche Verankerung und internes Bestreben nach hoher Qualität

Schmerzkonzept für Patientinnen und Patienten

Ziel	Prävention von Schmerzen und medizinischen Bekämpfungen bei Schmerzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend - ab 2014 eingebunden in den sanaCERT Q-Standard "Schmerzbehandlung"
Begründung	sanaCERT Q-Standard Schmerzbehandlung wird in 2017 erst-zertifiziert werden

Teilnahme an diversen wissenschaftlich-medizinischen Forschungsstudien und anderen Forschungsstudien

Ziel	Neuer Erkenntnisgewinn zur Umsetzung von qualitätsverbessernden Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

IPS Qualitätsbericht

Ziel	Sicherstellung, Erhaltung und Förderung der Qualität bei allen IPS-Berufsgruppen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement ANIR
Projekte: Laufzeit (von...bis)	jährlich

Absenzenmanagement bei Krankheit oder Unfall

Ziel	Eruieren von betriebsinternen Gründen bei längerer Abwesenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Akkreditierung

Ziel	International akzeptierte Qualitätskriterien, extern überprüft.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Institute, medizinisches Labor
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015/2016

Einführung Zutrittskontrollsystem

Ziel	Unbefugten Personen den Zutritt in die Gebäude des KSGR erschweren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Public Internet

Ziel	Angebot von drahtlosem Internetzugang für Patienten/innen, Besucher und Gäste KSGR
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2011

Erhebung der Kurszufriedenheit

Ziel	Optimale interne Kursangebote KSGR bzw. Verbesserung des Kurswesens
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2015 flächendeckend
Begründung	Auswertung erfolgt automatisiert via Umfragetool EvaSys

Austrittsumfrage KSGR-Mitarbeitende

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung des KSGR als Arbeitgeberin
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2016 flächendeckend
Begründung	Pilotprojekt Q1/2016 erfolgreich abgeschlossen

Interne Audits QM

Ziel	Im Rahmen der sanaCERT Zertifizierung oder auf Wunsch der Fachbereiche
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	2015: Radio-Onkologie / 2016: Grosse Auditrunde auf allen Bettenstationen im Rahmen von sanaCERT

Pfleger-Audits

Ziel	Verbesserung der Dienstleistungsqualität im Pflegebereich
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Konzept Transkulturelle Kompetenz

Ziel	Verbesserung der Pflege von Patientinnen/-en fremder Herkunft, Verbesserung der Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Lean Management

Ziel	Prozessoptimierung / kontinuierliche Qualitätsverbesserung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamthaus
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2014

Bemerkungen

Die ausgeführten Q-Aktivitäten sind ein Auszug der vielseitigen Massnahmen im Qualitätsbereich des Kantonsspitals Graubünden. Selbstverständlich werden alle gesetzlich geforderten Q-Aktivitäten vollumfänglich umgesetzt. Dazu besteht eine Sammlung aller Q-Aktivitäten, welche jährlich von der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat (gesetzlicher Teil) genehmigt werden.

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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2011 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

Dem Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS) misst das Kantonsspital Graubünden einen hohen Stellenwert bei. Vor 2013 noch in den verschiedensten Fachbereichen individuell umgesetzt, ist CIRS seit 2013 flächendeckend, d.h. hausweit standardisiert. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen der sanaCERT Zertifizierung. Im CIRS Konzept des Kantonsspitals Graubünden ist die grundlegende Definition eines kritischen Zwischenfalls enthalten: Ein kritischer Zwischenfall ist ein Ereignis, welches *eine oder mehrere Personen gefährdet oder schädigt*. Diese Definition bewährt sich nach wie vor. Die CIRS Organisation beinhaltet 22 Meldekreisen mit definierten Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten pro Departement bzw. Fachbereich. Die eingesetzte Software CIRS-Meldeportal wird laufend mit dem externen Partner weiterentwickelt. Ab 2013 wird mit der anonymisierten Fallverfolgung und integrierten Massnahmendatenbank der PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen.

Die Schnittstelle zum nationalen CIRNET ist aktiviert. Das CIRS Meldeportal beinhaltet neben dem Ereignismonitoring auch die gesetzlichen Meldesysteme Hämovigilanz, Materiovigilanz und Pharmakovigilanz. Im einem jährlichen Gesamtreport wird die Geschäftsleitung des Kantonsspitals Graubünden über CIRS samt dokumentierten Massnahmen aus CIRS-Fällen informiert.

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/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2012
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1994
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch	2012
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2000
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2009
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	2014
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	01.01.2011

SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2000
SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldes	1995
STR Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch	2014
Neonatal Registry Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13	2007
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net	2011
Swiss Spine SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	2010
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2005
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	1996
KR GG Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksgr.ch/Das_Kanton	1996
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	

Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden meldet folgende Ergänzungen im Bereich Register:

AQC: Am Kantonsspital Graubünden nehmen folgende Fachbereiche am AQC-Register zusätzlich noch teil: Visceralchirurgie, Allgemein- und Unfallchirurgie. Folgende Fachbereiche nehmen am Kantonsspital Graubünden am AQC-Register nicht teil: Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herzchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie.

Teilnahme am HSM-Register: HSM-Register Visceralchirurgie (Pancreas, Leber, Rectum, Ösophagus, Bariatrie) via Online-Services Adjumed Services AG,

Zürich. Teilnahme seit 1. Juli 2014.

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
ISO 9001-2000/ ISO 9001:2008	Institut für Spitalpharmazie	2006	2013	Das Institut für Spitalpharmazie ist als erste Abteilung des KSGR nach ISO zertifiziert.
GMP - PIC	Institut für Spitalpharmazie	1998	2014	Das Institut für Spitalpharmazie im 2009 durch die regionale Fachstelle Zentral- und Ostschweiz nach GMP und PIC auditiert zum Zweck die kantonale Herstellungsbewilligung und die Swissmedic Gross-Handelsbewilligung zu verlängern.
IVR-Anerkennung	rettung chur	2002	2013	
sanaCERT suisse	Kantonsspital Graubünden	erfolgreiche Erstzertifizierung in 2011	Re-Zertifizierung in 2017	Das Kantonsspital Graubünden hat am in 2014 das Re-Zertifizierungsaudit durch sanaCERT suisse, der Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, mit Bestnoten erreicht.
RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken	Institut für Spitalpharmazie	2006	2013	Das Institut für Spitalpharmazie hat ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut und umgesetzt. Jährliches Überwachungsaudit und dreijährliche Rezertifizierungsaudits.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz EKAS, H+ Branchenlösung	Kantonsspital Graubünden	2002	2009/2014	
Label „Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care	Palliative Care	2012	2017	Die Palliative Care Abteilung hat am 03.04.2012 die Erst-Zertifizierung des Labels SQPC (Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care) mit 162 von möglichen 168 Punkten erreicht.
GOP (Good Operating Practice)	Spitaltechnik/OP	2008	2013	Das Kantonsspital Graubünden verfügt über ein OP Handbuch "Das Buch zur OP-Norm SN22500 für Schweizer Spitäler". Dieses hat einen noch höheren Stellenwert als das GOP-Label.
HACCP	Küchen	2008	2013	Alle Anforderungen sind erfüllt.
QUALAB Ringversuche Labor	Zentrallabor	2012	2012	
Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie	Handchirurgie	2013	2013	
Externe Kontrolle durch SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung)	Onkologie / Hämatologie	2012	2012	
Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) und Krebsliga Schweiz	Senologie	2014	2015 (geplant)	Projekt / Zertifizierung in Vorbereitung
Akkreditierung nach EN/ISO 15189	Zentrallabor	2016	Noch nicht akkreditiert	Eidgenössisch geregelt. Akkreditierung gemäss internationaler Norm EN/ISO 15189 durch Schweizerische Akkreditierungsstelle des SECO.

Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte	Gesamthaus	laufend	laufend	Siehe unter Bemerkungen
Zertifizierung FTGS / ENSH	Rauchstopp-Beratung	2016	2016	

Bemerkungen

Das Kantonsspital ist Aus- und Fortbildungsstätte und anerkannte Weiterbildungsstätte. Beispiele von anerkannten Weiterbildungsstätten sind:

- Frauenklinik
- Intensivstation Erwachsene
- Neuroradiologie
- Institut für Spitalpharmazie
- Pathologie
- Pädiatrische Radiologie
- Nuklearmedizin
- Gefäss- und Thoraxchirurgie
- Fortbildungen bei SGGG (Geburt & Gynäkologie)
- Praktikumsplätze in der Physiotherapie für zwei der Schweizer Fachhochschulen im Bereich Physiotherapie & Leistungsvereinbarung mit santesuisse: mind. 5 Tage Weiterbildung jährlich für Physiotherapeuten

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). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Kantonsspital Graubünden				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.31	9.15	9.22	9.16 (9.02 - 9.31)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.11	8.97	9.07	9.06 (8.93 - 9.19)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.16	9.13	9.12	9.09 (8.95 - 9.23)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.19	9.12	9.16	9.12 (8.99 - 9.24)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.54	9.46	9.50	9.43 (9.32 - 9.54)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wie in den Vorjahren, verzeichnete das Kantonsspital Graubünden auch im Berichtsjahr sehr hohe Patientenzufriedenheitswerte. Gesamthaft gesehen, sind die Patientinnen und Patienten mit der angebotenen Dienstleistungsqualität des Kantonsspitals Graubünden sehr zufrieden. Das bedeutet jedoch nicht, dass zur weiteren Qualitätsentwicklung im Spital nichts unternommen wird. Das Gegenteil ist der Fall: Mittels einer Dauermessung im stationären Bereich (Gelber Fragebogen) wird die Patientenzufriedenheit laufend erhoben. Kritische Feedbacks oder Beschwerden werden mit definierten Prozessen und Verantwortlichkeiten bearbeitet. In einem jährlichen Analysereport werden neben Statistika auch Massnahmen dokumentiert.

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut		hcri AG und MECON measure & consult GmbH	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Kantonsspital Graubünden			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	974		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	511	Rücklauf in Prozent	52 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)

Die Zufriedenheit der stationären Patientinnen und Patienten wird im Kantonsspital Graubünden mittels eines Fragebogens, des sogenannten ‚Gelben Fragebogens‘ laufend erfasst. Der Gelbe Fragebogen umfasst die fünf Basisfragen aus der Messempfehlung zur Patientenzufriedenheit des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ sowie weitere ksgr-spezifische Elemente des ärztlichen und pflegerischen Aspektes und zwei offene Kommentarfragen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt. Das untersuchte Kollektiv beinhaltet alle stationären Patientinnen und Patienten im Erwachsenenbereich. Notabene: Auch im pädiatrischen Bereich wird die Dauermessung zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit durchgeführt. Für weitere Informationen sei auf das Kapitel 6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin verwiesen.

Auch im Berichtsjahr 2015 zeigte sich eine permanent hohe Patientenzufriedenheit im stationären Bereich. Nachfolgend ist ein Auszug aus dem Analysebericht Gelber Fragebogen 2015 mit den entsprechenden Ergebnissen im Kurzzusammenfassung.

Ergebnisse 2015 (stichwortartig):

- 3'186 gültige Fragebögen (Nettostichprobe), 31%iger gut durchschnittlicher Rücklauf bei Erwachsenen.
- 1'386 gültige Fragebögen (Nettostichprobe), 85%iger ausserordentlich hoher Rücklauf bei Kinder und Jugendlichen.
- Weiterhin sehr gute Patientenzufriedenheitswerte im Erwachsenenbereich (9.4 bei max. 10) und Kinder- und Jugendbereich (ebenfalls 9.4 bei max. 10); Massnahmen werden ergriffen; der PDCQ-Regelkreis ist geschlossen.
- Wie in den Vorjahren sind die Ergebnisse der ANQ-Fragen im Gelben Fragebogen besser als die bereits sehr guten Werte des KSGR in der ANQ Patientenumfrage. Hier gilt jedoch weiterhin, die Boden- und Deckeneffekte des ANQ Patientenfragebogens zu beachten.
- Ab 2015 wird ein Monatsindex der Patientenzufriedenheit für das Management-Informationssystem MIS gebildet. Auf Hausebene zeigen sich hohe Monatswerte mit geringer Schwankung.
- Die Ergebnisse 2015 sind allen Mitarbeitenden zugänglich.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Der Gelbe Fragebogen zur Dauermessung der stationären Patientenzufriedenheit beinhaltet die ANQ-Basisfragen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Graubünden

Stabsstelle Haftpflichtfragen/Beschwerden

Lucia Rabia Schäfli

Leiterin Stabsstelle Haftpflichtfragen/

Beschwerden

081 256 67 05

lucia.rabia@ksgr.ch

Das Kantonsspital Graubünden verfügt seit

01.01.2013 über ein flächendeckend

eingeführtes Beschwerdemanagement mit

Beschwerdeverantwortlichen pro

Departement (1x jährlich ERFA).

Das QM bearbeitet qm-relevante

Beschwerden.

6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der 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 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Kantonsspital Graubünden				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	-	8.80	8.93	9.10 (8.81 - 9.39)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	-	8.44	8.96	8.87 (8.61 - 9.13)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	-	8.88	8.78	8.69 (8.35 - 9.02)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	-	8.74	9.06	8.83 (8.48 - 9.18)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	-	9.41	9.51	9.51 (9.30 - 9.71)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der ANQ Patientenfragebogen für den pädiatrischen Bereich wurde erst ab 2013 nationalweit eingesetzt. Für 2012 sind deshalb KEINE Werte ausgewiesen.

Auch im pädiatrischen Patientenbereich verzeichnet das Kantonsspital Graubünden eine sehr hohe Patientenzufriedenheit respektive Zufriedenheit bei den Eltern pädiatrischer Patientinnen und Patienten. Wie auch im Erwachsenenbereich wird im Departement Kinder- und Jugendmedizin eine Dauermessung der stationären Patientenzufriedenheit umgesetzt. Der entsprechende Fragebogen richtet sich an die Eltern bzw. Bezugspersonen respektive an die Jugendlichen selbst. Der Fragebogen beinhaltet ebenso wie im Erwachsenenbereich die ANQ-Pädiatriefragen. Auch hier zeigt sich eine permanent hohe Zufriedenheit bei den Eltern bzw. Jugendlichen.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH
---------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Kantonsspital Graubünden			
Anzahl angeschriebene Eltern 2015	152		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	82	Rücklauf in Prozent	54.00 %

6.2 Eigene Befragung

6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin

Die Dauermessung der stationären Patientenzufriedenheit findet - analog Erwachsenenbereich - bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten respektive ihren Eltern/Bezugspersonen statt. Der sogenannte Gelbe Fragebogen beinhaltet die ANQ-Pädiatriefragen. Die hausweite Umsetzung des Gelben Fragebogens im Departement Kinder- und Jugendmedizin fand mit einer halbjährlichen Verzögerung (Start: 1. Oktober 2013 anstelle 1. Januar 2013 im Erwachsenenbereich) statt. Grund dafür war, dass der ANQ-Pädiatriefragebogen erst ab Herbst 2013 eingesetzt wurde. Die Dauermessung im Pädiatriebereich bescheinigt dem Kantonsspital Graubünden eine hohe Patientenzufriedenheit.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt. Das untersuchte Kollektiv beinhaltet alle stationären Patientinnen und Patienten respektive deren Eltern bzw. Bezugspersonen. Jugendliche füllen selbst den Fragebogen aus.

Informationen zu den Messergebnissen 2015 sehen Sie unter dem Kapitel 5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

In dieser Dauermessung Gelber Fragebogen 2015 verzeichnet das Kantonsspital Graubünden einen ausserordentlich hohen Rücklauf von 85 Prozent (Nettostichprobe: 1'386 gültige Fragebögen, Bruttostichprobe: 1'686).

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Der Gelbe Fragebogen beinhaltet die ANQ.Pädiatriefragen
---	---

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Für die strategisch wichtige Anspruchsgruppe Mitarbeitenden ist dies - nach 2008 und 2013* - wieder im Jahr 2017 der Fall.

*Aufgrund des neuen Besoldungsreglements mit Inkrafttreten ab 01.01.2013 wurde die für 2012 geplante Mitarbeiterumfrage anfangs 2013 durchgeführt, um aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten.

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist generell hoch. Die Ergebnisse werden transparent auf der Website des Kantonsspitals Graubünden aufgeschaltet: <http://www.ksgr.ch/mitarbeiterumfrage-2013.aspx>

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2013 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mitarbeiterfragebogen

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt 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 Zuweiserumfrage

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Für die strategisch wichtige Anspruchsgruppe Zuweisende (Behandlungspartner/-innen) ist dies - nach 2012 - wieder im Jahr 2016 der Fall. Die Leiterin Kommunikation Behandlungspartner/-innen steht für die Anliegen und Bedürfnisse der Behandlungspartner/-innen zur Verfügung. Weitere Informationen gibt die Website des Kantonsspitals Graubünden unter den für diese Zielgruppe eingerichteten Informationsseiten: <http://www.ksgr.ch/news.aspx>

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2012 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2016.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Zuweiserfragebogen

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, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

Messergebnisse

		2012	2013	2014	2015
Kantonsspital Graubünden					
Beobachtete Rate	Intern:	0.05%	-	-	-
	Extern:	0.04%	-	-	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		-	-	-	- (- - -)
Ergebnis** (A, B oder C)		B	B	B	

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Aufgrund des geplanten Wechsels des SQLape Messinstrumentes sind ab 2013 keine Werte, d.h. auch keine Fallanzahl, sondern lediglich die Bewertung (z.B. Normaler Bereich) ausgewiesen. Ab 2016 wird ANQ ein neues Messinstrument einsetzen und die Spitäler darüber informieren.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Kantonsspital Graubünden		
Anzahl auswertbare Austritte 2015:		

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Kantonsspital Graubünden				
Beobachtete Rate	0.03%	0.03%	-	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)	0.03%	0.03%	-	- (---)
Ergebnis** (A, B oder C)	B	B		

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

- A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
- B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
- C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Aufgrund des geplanten Wechsels des SQLape Messinstrumentes sind ab 2014 keine Werte, d.h. auch keine Fallanzahl, sondern lediglich die Bewertung (z.B. Normaler Bereich) ausgewiesen. Ab 2016 wird ANQ ein neues Messinstrument einsetzen und die Spitäler darüber informieren.

Anmerkung zu elektronischen Datenerfassung im H+ Q-Bericht: Die Messergebnisse werden lediglich mit zwei Kommastellen ausgewiesen und ab- und aufgerundet. SQLape wertet mit bis zu 4 Kommastellen aus. Aus diesem Grund scheinen die ausgewiesenen Ergebnisse SQLape im H+ Q-Bericht identisch zu sein, sind es jedoch nicht.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Kantonsspital Graubünden		
Anzahl auswertbare Operationen 2015:		

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 Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 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 und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Kantonsspital Graubünden						
Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	23	1	-	-	3.40%	4.30% (0.10% - 21.90%)
Dickdarmoperationen (Colon)	119	17	29.20%	20.90%	16.70%	14.30% (8.50% - 21.90%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
Kantonsspital Graubünden						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	125	1	0.88%	0.79%	3.90%	0.80% (0.00% - 4.40%)

* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bis 1. Oktober 2013 wurde die postoperative Wundinfektmessung bei der Eingriffsart Kaiserschnitt gemessen. Die Ergebnisse lagen jeweils signifikant im unterdurchschnittlichen Bereich. Ab Oktober 2013 wird die postoperative Wundinfektmessung bei Appendektomie Kinder gemessen (d.h. keine Werte für 2012 und 2013 ausgewiesen). Hier liegt das Kantonsspital Graubünden weiterhin im normalen Bereich.

Die postoperativen Wundinfektraten bei Kolonchirurgie und Hüftendoprothesen wiesen in der vorletzten Messperiode ein auffälliges Resultat auf. In der letzten Messperiode sind die Werte im normalen Bereich mit folgenden Anmerkungen: Bei der postoperativen Wundinfektrate der Erstimplantation Hüftprothesen wurden in den ersten drei Erfassungsperioden immer Infektraten unter 1% ausgewiesen. Die Werte lagen damit jeweils unter dem CH-Durchschnitt. In der Vorperiode stieg dieser Wert nun einmalig deutlich auf 3.9% (5/127) an, um in der aktuellen Messperiode wieder mit 0.8% (1/125) unter den Referenzwert zu sinken. Somit hat es sich im Vorjahr mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Ausreisser gehandelt, was bei aseptischen Operationen mit kleinen absoluten Infektzahlen durchaus einmal der Fall sein kann. Die aktuellen postoperativen Wundinfektrate der Kolonchirurgie liegen im normalen (grünen) Bereich. Hier konnten die Infektraten von 29.2% auf 20.9%, 16.7% und jetzt noch auf 14.3% gesenkt werden (CH-Wert: 14.1%). Dies zeigt, dass die ergriffenen Massnahmen erfolgreich und zielführend sind.

Nach wie vor setzt sich die Fachabteilung Infektiologie/Spitalhygiene mit Massnahmen wie internen Audits, Schulungen aber auch Kommunikationsmassnahmen wie am Tag der Patientensicherheit 17. September 2016 (Fokus: Händehygiene) für einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess tagtäglich ein.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut

Swissnoso

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

Bemerkungen

Die gemessenen postoperativen Wundinfektraten der drei Eingriffsarten Hüftendoprothesen, Kolonchirurgie und Appendektomie Kinder liegen gemäss letzter Messperiode im normalen Bereich.

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.

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Kantonsspital Graubünden				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	9	4	6	3
In Prozent	5.20%	2.10%	3.60%	3.10%

Bei den hier publizierten Ergebnissen 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Sturzinzidenzraten liegen im normalen Bereich mit Ausnahme der ersten Messung in 2012. Dies kann jedoch auch an der ersten Durchführung der Sturzprävalenzmessung liegen, da noch sehr vieles in der Datenerfassung unklar war.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, ▪ Säuglinge der Wochenbettstation, ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Kantonsspital Graubünden			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	193	Anteil in Prozent (Antwortrate)	76.30%

Bemerkungen

Weiterhin wird an der Qualitätsverbesserung auch in diesem Bereich gearbeitet. Das Sturzkonzept des Kantonsspital Graubündens wurde überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Neu wird die Sturzerfassung ab 2016 elektronisch über das CIRS-Meldeportal erhoben. Die Pflegeexpertinnen des Kantonsspitals Graubünden befassen sich intensiv mit der Thematik.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal

Ab 2016 wird der Pflegeindikator Sturz ausschliesslich in einer elektronischer Fassung zentral im CIRS-Meldeportal, in welchem sich auch die gesetzlichen Meldesysteme Hämovigilanz, Pharmakovigilanz und Materiovigilanz befinden, erfasst. Damit ist ein ganzheitlicher, integrierter Ansatz bei diesen klinischen Risiken gewährleistet.

Während des Berichtsjahres 2015 folgte die Implementation in die Software mit breiter Testung. Der nachfolgend ausgewiesene Messzeitraum (automatisch vom H+ System ausgewiesen) betrifft das Pilotprojekt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	netrange.ag, St. Gallen
Methode / Instrument	Sturzerfassungsmodul

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
Kantonsspital Graubünden						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	12	10	18	4	2.10%
	ohne Kategorie 1	3	3	6	3	1.60%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	12	10	18	4	2.10%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	4	3	6	3	1.60%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	7	3	6	3	1.60%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	1	4	2	1.00%

Bei Kindern und Jugendlichen

		Vorjahreswerte			Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
Kantonsspital Graubünden						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4		2	1	0	0.00%
	ohne Kategorie 1		0	1	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Total		2	1	0	0.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		0	1	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, Total		0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		0	0	0	0.00%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Dekubituserfassung bei Kindern wurde vom ANQ erst ab 2013 eingeführt. Aus diesem Grund sind für 2012 keine Werte für die Dekubituserfassung bei Kindern ausgewiesen. Die im Vorjahr ausgewiesene erhöhte Dekubitusprävalenzrate war mit hoher Wahrscheinlichkeit - verglichen mit dem aktuellen Wert - ein Ausreisser. Dies kann bei Stichtagsmessungen (wie hier der Fall) durchaus möglich sein.

Generell würde eine Ausweisung der Dekubitusprävalenzrate über die Jahre wahrscheinlich aussagekräftiger sein als die Angabe der Patientenzahl (wie sie im Bericht gewünscht ist).

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, ▪ Säuglinge der Wochenbettstation, ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Kantonsspital Graubünden			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	232	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	76.30%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2015	39	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	76.30%

Bemerkungen

Auch auf den Pflegeindikator Dekubitus wird hohes Augenmerk im Kantonsspital Graubünden gelegt. Jeder Dekubitus und vor allem die Prophylaxe für Dekubitus wird sehr ernst genommen. Um gezielte Massnahmen einleiten zu können, wurden anhand der Dokumentationen Fallanalysen durchgeführt. Diese kamen zu folgenden Ergebnissen:

- Postoperative Spannungsblasen, die durch Pflaster verursacht waren
- Aufgrund von Verlegungen innerhalb vom Haus war der Entstehungsort in einem anderen Fachbereich als der Messort
- Orthopädische Patientinnen, Patienten sind aufgrund der Anästhesieverfahren und Lagerung in Schienen besonders gefährdet

Massnahmen auf der Chirurgie (kurzer, exemplarischer Auszug)

- Es wurden Materialanpassungen vorgenommen. Eine bessere Fersenfreilagerung in Schaumstoffschienen und bei unruhigen Patientinnen und Patienten wird ermöglicht
- Mit der Einführung der elektronischen Dokumentation wird ein Assessment des Dekubitusrisikos bei Eintritt, am 1. postoperativen Tag und am 4. postoperativen Tag eingeführt
- An einer Departements- und an einer CIRS-Sitzung wurde die intraoperative Verbandstechnik thematisiert

Massnahmen gesamtes KSGR (kurzer, exemplarischer Auszug)

- Auf jeder Bettenstation ist eine Pflegende verantwortlich für die Umsetzung des Dekubituskonzepts auf ihrer Abteilung
- Im Anforderungskatalog für die neuen Spitalbetten wurde eine druckentlastende Matratze als Kriterium aufgenommen

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen

Gemäss Dekubituskonzept des Kantonsspitals Graubünden sind auf jeder Bettenstationen Verantwortliche für Dekubitus definiert. Diese werden entsprechend geschult; Dekubiti werden systematisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

14 Weitere Qualitätsmessung

14.1 Weitere eigene Messung

14.1.1 Qualitätsmessungen in Fachbereichen

In den einzelnen Fachbereichen des Kantonsspitals Graubünden werden bereichsspezifische Qualitätsmessungen durchgeführt. Es wird darauf geachtet, dass der PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen ist.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Es obliegt dem einzelnen Fachbereich, die Ergebnisse der Qualitätsmessungen zu analysieren und kommunizieren. Da die Grundhaltung des Kantonsspitals Graubünden transparent und partnerschaftlich ist, finden Austausche mit externen Partnern (z.B. Kooperationspartnern) und anderen Spitälern statt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Je nach Fachbereich spezifisch

15 Projekte im Detail

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

15.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

15.1.1 sanaCERT Re-Zertifizierung

Das Kantonsspital Graubünden verpflichtet sich in höchstem Masse der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Die seit der Fusion in 2006 beschlossene strategische Richtung des Qualitätsmanagement stellt die Aspekte Patient/-in und Mitarbeitende in den Fokus. Aus diesem Grund ist das Gesamthaus nach der Zertifizierung nach sanaCERT suisse, der Schweizerischen Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen seit 2011 zertifiziert. Die Zertifizierung findet alle drei Jahre statt, das nächste Mal in 2017. Zwischen den Zertifizierungsaudits sind jährliche Überwachungsaudits obligatorisch. Das Kantonsspital Graubünden konnte die Zertifizierungen jeweils mit Bestresultaten erreichen.

Für die Zertifizierung werden acht Qualitätsstandards bearbeitet, wobei der Grundstandard Qualitätsmanagement obligatorisch ist. Für die Re-Zertifizierung 2017 werden folgende Qualitätsstandards bearbeitet:

- Qualitätsmanagement (obligatorisch)
- NEU: Standard 5: Schmerzbehandlung
- Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen (Weiterführung aus 2014)
- Standard 12: Mitarbeitende Menschen und Spital (Weiterführung aus 2014)
- Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation (Weiterführung aus 2014)
- Standard 15: Ernährung (Weiterführung aus 2014)
- NEU: Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
- Standard 26: Sichere Medikation (Weiterführung aus 2014)

Die neuen Q-Standards werden gemäss Projektmanagement bearbeitet; die aus 2014 weitergeführten Qualitätsstandards werden in Arbeitsgruppen mit Auftragsvereinbarungen bearbeitet. Ebenfalls werden Auftragsvereinbarungen für die Q-Standards, welche nicht mehr weitergeführt werden und in die Linie übergegangen sind, unterzeichnet (Aus 2014: Erhebung von Patientenurteilen, Chirurgie. Aus 2011: Infektionsprävention und Spitalhygiene, Entwicklung der Pflegequalität). Dies, um weiterhin die Qualitätsarbeiten sicherzustellen bzw. den PDCA-Qualitätskreislauf zu schliessen.

15.1.2 Klinisches Risikomanagement

Mit der Einführung eines klinischen Risikomanagements (kRM) kann der letzte Baustein eines umfassenden Qualitätsmanagement im Kantonsspital Graubünden umgesetzt werden. 2013 wurde das Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern beauftragt, eine Analyse zum Stand des kRM zu erarbeiten und ein Konzept „Klinisches Risikomanagement im Kantonsspital Graubünden“ zu entwickeln. Der entsprechende Schlussbericht wurde am 19. Mai 2014 durch die Geschäftsleitung KSGR genehmigt. Der Bericht zeigte, dass für die Entwicklung und Einführung eines systematischen kRM aufgrund der etablierten Qualitätsorganisation und der hohen Professionalität der Mitarbeitenden bereits eine sehr gute Basis vorhanden ist. Zudem wird ein integraler Ansatz im Risikomanagement (integriertes Risikomanagement, iRM) mit den fünf Bereichen Umfeld, Finanzen, Klinik, Ressourcen, Krisen verfolgt. Das iRM führt alle risikorelevanten Bereiche und Funktionen unter einem Dach zusammen. Das Synergiepotenzial zwischen den Bereichen und Funktionen wird dabei genutzt: Soweit wie möglich, findet eine Integration der RM-Prozesse in die bestehenden Strukturen und Prozesse statt. Die Geschäftsleitung übernimmt als Gremium die integrierende Leitung des iRM.

Im Bereich des kRM findet die Integration der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in die Qualitätsorganisation des Qualitätsmanagements statt. In der Umsetzung des kRM startete das Departement Chirurgie im Herbst 2015 als erstes Departement mit der systematischen Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung. Im Januar 2016 folgte das Departement Frauenklinik als zweites Departement. Die weiteren klinisch tätigen Departemente folgen im Februar und März 2016. In einem zweiten Schritt soll ab Frühsommer 2016 das kRM – gemeinsam mit den anderen Risikobereichen – in ein integrales Risikomanagement (iRM) integriert werden.

15.1.3 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess und Lean Management

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess bezweckt die Mitwirkung aller Mitarbeitenden an der Weiterentwicklung des Unternehmens. Der **Kontinuierlicher Verbesserungsprozess** (KVP) [engl.: Continuous Improvement Process (CIP)] ist eine Denkweise, die mit stetigen Verbesserungen in kleinen Schritten die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen stärken will. KVP bezieht sich auf die Produkt-, die Prozess- und die Servicequalität. KVP ist ein Grundprinzip des Qualitätsmanagements.

Das Erarbeiten von Verbesserungsvorschlägen durch KVP-Teams wird üblicherweise gemeinsam mit dem betrieblichen Vorschlagswesen unter dem Begriff Ideenmanagement zusammengefasst. Beim Verbesserungsvorschlag handelt es sich im Kern um eine Idee, die innerhalb des Spitals eine positive Veränderung herbeiführen soll und den dafür notwendigen Lösungsweg beinhaltet. Diese Idee wird von Seiten der Mitarbeitenden als freiwillige Sonderleistung erbracht. Die Veränderung bringt dem Spital einen mittelbaren oder unmittelbaren Nutzen, wobei unter Nutzen nicht nur eine materielle, sondern auch eine ideelle Neuerung zu verstehen ist.

Im Berichtsjahr startete eine Arbeitsgruppe mit der Erstellung eines hausweiten Konzepts KVP. Bisherige Aktivitäten in diesem Bereich (z.B. Adminus Ideen, usw.) werden entsprechend berücksichtigt. Zudem wird als zentraler Punkt das **Lean Management**, welches seit 2014 im Gesamthaus umgesetzt wird, vollumfänglich berücksichtigt werden.

15.1.4 Ambulante Patientenumfrage

Nach der Dauermessung bei der strategisch wichtigen Anspruchsgruppe der stationären Patientinnen und Patienten wurde ab 2015 das zweite Pilotprojekt zur Entwicklung eines reliablen und validen Fragebogens samt entsprechendem Prozess abgeschlossen. In 2016 ist eine hausweite Umsetzung nach Entscheid der Geschäftsleitung geplant. Die Dauermessung findet automatisiert statt. Der entsprechende Gesamtzufriedenheitsindex fliesst ins Management-Informationssystem (Cockpit relevanter Kennzahlen für das Unternehmen) ein.

Mit der hausweiten Umsetzung des sogenannten Grünen Fragebogens wird sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine Dauermessung mit statistischer Auswertung durchgeführt.

15.1.5 Zuweiserumfrage

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind eine der wichtigsten Bezugsgruppen des Kantonsspitals Graubünden. Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden findet alle vier Jahre eine Grossmessung zu den strategisch wichtigen Anspruchsgruppen statt. In 2016 sind dies die Behandlungspartner/-innen des Kantonsspitals Graubünden ('Zuweiser'). Im Berichtsjahr starteten die Vorbereitungen dazu.

Aus den Ergebnissen dieser Umfrage können die Bedürfnisse der Behandlungspartner noch besser berücksichtigt werden.

15.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

15.2.1 progress! Sichere Chirurgie

Im Frühling 2013 wurde KSGR für die Teilnahme am Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie der Stiftung Patientensicherheit Schweiz® als eines von 10 Pilotspitälern ausgewählt. Das Pilotprogramm ist Teil der Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen. Ziel des Pilotprogramms ist die Verbreitung der ausnahmslosen und korrekten Anwendung der chirurgischen Checkliste, um so die Zahl der Zwischenfälle in der invasiven Medizin zu senken. Das Programm startete im Sommer 2013 und dauerte bis Sommer 2015. Die im KSGR bereits etablierte Checkliste Patientensicherheit im OP wurde umfassend überarbeitet und – begleitet von Team-Trainings - in Kraft gesetzt. Es fanden Module zur Wissensvermittlung zu den Themen Patientensicherheit in der Chirurgie, zentrale Aspekte der chirurgischen Checkliste und Sicherheitsmanagement und Teamkommunikation statt. Seit Beginn des Projektes wurden verschiedene Evaluationserhebungen durchgeführt. Das Projekt wurde im Berichtsjahr erfolgreich abgeschlossen. Ab 2016 unterstützt das Kantonsspital Graubünden die Charta zur Sicheren Chirurgie der Stiftung der Patientensicherheit.

Weiterführende Informationen [progress! Sichere Chirurgie der Stiftung für Patientensicherheit](#)

15.2.2 Patienten-Identifikation

Der Patientensicherheit misst das Kantonsspital Graubünden nach wie vor einen zentralen Stellenwert ein. Zur beständigen und optimalen Etablierung und Förderung der Sicherheitskultur trägt das Qualitätsprojekt zur sicheren Patientenidentifikation bei, welches bis Ende 2015 flächendeckend umgesetzt wurde. Neben dem Hilfsmittel des Patientenarmbandes zur sicheren Patientenidentifikation werden Kommunikationsmassnahmen wie das Speak-up bei Patientinnen und Patienten umgesetzt.

Informationen zur Patienten-Identifikation für Patientinnen und Patienten finden sich unter [Patienten-Identifikation KSGR](#)

15.2.3 ANQ Messempfehlungen

Auch im Berichtsjahr wurden wiederum alle nationalen Messempfehlungen des ANQ für die Akutsomatik 2015 umgesetzt. Verbesserungsmassnahmen werden, wo sinnvoll, umgesetzt und der Q-Regelkreis geschlossen. Weitere Informationen bzw. Ausführungen können dem Kapitel 'Qualitätsmessungen' entnommen werden.

15.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

15.3.1 Zertifizierungen im Überblick

Die folgende Auflistung gibt einen guten Überblick über die vielfältigen Zertifizierungen im Kantonsspital Graubünden (chronologisch nach zugeordnetem Department):

- Gesamtspital: sanaCERT suisse, Jahr: 2011, 2014, 2017
- Controlling: REKOLE (Standard für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler), Jahr: 2011, 2015
- Institut für Spitalpharmazie: ISO 9001:2008, ISO 9001, Jahr: 2000, 2006, 2010, 2013
- Institut für Spitalpharmazie: RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken, Jahr: 2000, 2006, 2010, 2013
- Institut für Spitalpharmazie: GMP - PIC, Jahr: 2004, 2009, 2014
- Zentrallabor: Ringversuche Labor, Jahr: 2012, 2013/2014
- Zentrallabor: In Vorbereitung: ISO/IEC 17025 und 15189, Jahr: 2015
- Handchirurgie: Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie, Jahr: 2013
- rettung chur: IVR Anerkennung, Jahr: 2002, 2007, 2013
- Palliative Care: Label "Qualität in Palliative Care", Jahr: 2012, 2017
- Onkologie/Hämatologie: Externe Kontrolle durch SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung), Jahr: 2012
- Rauchstoppberatung: Zertifizierung FTGS / ENSH, Jahr: 2016
- Stroke Unit, in Abklärung
- Senologie, Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) und Krebsliga Schweiz, Jahr: 2016
- Spitaltechnik / OP: GOP (Good Operating Practice) Technik/Lüftung/Klima (OP1, OP2, OP4) KRZ, Jahr: 2008, 2011
- Küche: Hygienekontrolle HACCP, Jahr: 2013, 2015

16 Schlusswort und Ausblick

Die Antwort des Kantonsspitals Graubünden auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung in allen Bereichen unter Schliessung des PDCA-Qualitätskreislaufes. Weiterentwicklung im Qualitätsbereich heisst dabei, mit zentralen Themen wie die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Gesundheitsversorgung mit einer Erweiterung eines kostengünstigeren Angebots zu begegnen. Dabei steht der Qualitäts- und Komfortgewinn für die Patientinnen und Patienten im Fokus. Um die Bedürfnisse dieser ambulanten und strategisch wichtigen Anspruchsgruppe zu erfüllen, wird im Berichtsjahr eine ambulante Dauermessung der Zufriedenheit lanciert. Das Beschwerdemanagement wird kontinuierlich umgesetzt wie auch das Konzept für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ins Leben gerufen.

Die Qualitätsbemühungen zeigen auf, dass das Kantonsspital Graubünden als Zentrumsspital der Südostschweiz unnötige Kosten infolge unzureichender Qualität vermeidet. Mit der Umsetzung des Integrierten Risikomanagements in den kommenden Jahren wird dazu ein weiterer Meilenstein für die prosperitive Zukunft des Spitals gesetzt werden.

Qualität ist Ausdruck der Orientierung an der Patientin, am Patienten und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit. Qualitativ hochstehend versorgte Patientinnen und Patienten sind unsere Vision. Qualitativ hochstehende Leistungserbringung und Patientensicherheit unser oberstes Ziel.



Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Neuweiler'.

Heinrich Neuweiler
Vorsitzender der Qualitätskommission

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

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

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

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Glaukom
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)

Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
Interventionen intrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Transplantationen

Transplantationen solider Organe (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochtumore
Plexuschirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Neonatalogie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden bietet als Zentrumsspital der Südostschweiz mit 33 Disziplinen die meisten Behandlungsformen einer modernen Zentrumsambulanz an. Wir melden folgende **Ergänzungen / Anpassungen zum betrieblichen Leistungsangebot**:

Departement Institute:

Medizinische Radiologie (M850): Medizinische Radiologie (allgemein), Röntgendiagnose, Neuroradiologie

Weitere Tätigkeitsgebiete (M990): Klinische Zytopathologie, Pathologie, Rechtsmedizin

Departement Chirurgie:

„Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)“ trifft für das KSGR nicht zu.

Departement Innere Medizin:

Haut (Dermatologie): Wegfall „Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)“, Wegfall „Schwere Hauterkrankungen“

Nerven medizinisch (Neurologie): Zerebrovaskuläre Störungen (**mit** Stroke Unit)

Blut (Hämatologie): Aggressive Lymphome (Wegfall von „... und akute Leukämien“)

Gefässe: Wegfall von „Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe“, Wegfall von „Interventionen intrakranielle Gefässe“, Anpassung bei „Interventionelle Radiologie (bei Gefässen **Diagnostik und Therapie**)“

Herz: Wegfall „Einfache Herzchirurgie“, Wegfall „Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)“

Transplantationen: Wegfall dieser Rubrik

Departement Kinder- und Jugendmedizin:

Spezialisierungen: Adoleszentenmedizin und Kinder-/Jugendgynäkologie, Entwicklungspädiatrie, Humangenetische Sprechstunde, Kinderchirurgie, Kinderendokrinologie/ -diabetologie, Kindergastroenterologie, Neonatologie, Kinder-Intensivmedizin, Kinderkardiologie, Kinderhämatologie/ Kinderonkologie, Kinderorthopädie/ Neuroorthopädie, Kinderpneumologie, Allergologie und Immunologie, Kinderpolysomnographie, Kinderreumatologie, Neuropädiatrie/ EGG, Kinder- und Jugendpsychiatrie (stationär)

Departement Frauenklinik:

Gynäkologie: Gynäkologisches Ambulatorium (ärztliche Sprechstunden, Notfall), Urodynamik, Kinderwunschzentrum

Geburtshilfe: Ambulatorium für Geburtshilfe (ärztliche Sprechstunde, Hebammensprechstunde, Stillambulatorium, Notfall), Betreuung von Risiko-Schwangerschaften (Perinatalzentrum)

Bei uns sind Sie in besten Händen

Qualitätsmanagement

Ziele 2015 der Qualitätskommission

1. Umsetzung der Messempfehlungen des ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

- 1.1 Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen nach der SQLape Methode
- 1.2 Potenziell vermeidbare Reoperationen nach der SQLape Methode
- 1.3 Patientenzufriedenheit
- 1.4 Prävalenzmessung Sturz mit dem Messinstrument LPZ
- 1.5 Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Messinstrument LPZ
- 1.6 Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO 2011ff., insbesondere Monitoring, Problemanalyse und Einleitung respektive Umsetzung von Massnahmen bezüglich der Infektionsrate zur Kolonchirurgie mit Zielwert \leq Schweizer Durchschnittswert.
- 1.7 Registrierung im siris-Implantatregister

2. sanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital

- 2.1 Die Empfehlungen aus dem sanaCERT Re-Zertifizierungsauditbericht 2014 sind beurteilt und - wo sinnvoll - in Umsetzung.
- 2.2 Das Überwachungsaudit 2015 ist erfolgreich durchgeführt.
- 2.3 Die Qualitätsstandards für die Re-Zertifizierung 2017 sind verabschiedet.

3. Ambulante Patientenumfrage

- 3.1 Das zweite Pilotprojekt ist umgesetzt.
- 3.2 Die hausweite Umsetzung ist in Vorbereitung.

4. Klinisches Risikomanagement

- 4.1 Eine Risikoidentifikation und Risikobewertung ist durchgeführt.
- 4.2 Das weitere Vorgehen (Massnahmen) ist verabschiedet.

5. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

- 5.1 Das Konzept zum Kontinuierlichen Verbesserungsprozess ist erstellt und verabschiedet.

6. Sichere Chirurgie - Patientensicherheit Schweiz Progress!

- 6.1 Das Pilotprojekt Sichere Chirurgie der Stiftung Patientensicherheit ist erfolgreich abgeschlossen.
- 6.2 Der PDCA-Kreislauf bezüglich Checklistenanpassung ist geschlossen.
- 6.3 Die Checkliste Augenklinik ist umgesetzt.
- 6.4 Die Veränderungserhebung t2 ist durchgeführt. Die Resultate sind kommuniziert.
- 6.5 Der Workshop Nr. 4 vom 03.07.2015 ist vom Projektteam besucht worden.
- 6.6 Massnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit sind geplant.
- 6.7 Zuständigkeiten nach Abschluss des Pilotprogramms sind geklärt.
- 6.8 Der Abschlussbericht des nationalen Pilotprogramms progress! Sichere Chirurgie ist kommuniziert.

Anmerkung: Ziele 6.1, 6.4, 6.5, 6.6, 6.8 aus den Programmvorgaben

7. Patienten-Identifikation

- 7.1 Das Pilotprojekt ist erfolgreich abgeschlossen.
- 7.2 Die hausweite Umsetzung ist abgeschlossen.

8. Jährliche Qualitätsberichte: H+ Branchenlösung Qualität und Qualitätskommission

- 8.1 Qualitätsbericht nach der H+ Branchenlösung Qualität 2014 ist verabschiedet und veröffentlicht.
- 8.2 Jahresbericht 2014 der Qualitätskommission und des Qualitätsmanagements ist verabschiedet und veröffentlicht.

9. Quality Dashboard 2015

- 9.1 Massnahmen aus den Kennzahlen sind aufgenommen.
- 9.2 Quality Dashboard 2015 ist von der Geschäftsleitung verabschiedet.

10. Sammlung aller Qualitätsaktivitäten KSGR 2015

- 10.1 Sammlung aller Qualitätsaktivitäten des Kantonsspitals Graubünden 2015 ist erstellt.
- 10.2 Sammlung der *gesetzlichen* Qualitätsaktivitäten 2015 des Kantonsspitals Graubünden ist vom Verwaltungsrat verabschiedet.
- 10.3 Liste der in den Geschäftsleitungssitzungen behandelten Qualitätsthemen 2015 ist erstellt.

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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**).



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



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