



Qualitätsbericht 2017

Kantonsspital Graubünden



Bei uns sind Sie in besten Händen

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 2017.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

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 2017

Dr. phil.
Tima Plank
Qualitäts- und Risikomanagerin
081 256 71 92
tima.plank@ksgr.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

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

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

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



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 2017	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	12
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	13
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	14
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	14
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	15
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	16
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	17
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	27
4.5 Registerübersicht	28
4.6 Zertifizierungsübersicht	31
QUALITÄTSMESSUNGEN	35
Befragungen	36
5 Patientenzufriedenheit	36
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	36
5.2 Eigene Befragung	38
5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) und zur Erhebung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen)	38
5.3 Beschwerdemanagement	39
6 Angehörigenzufriedenheit	40
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	40
6.2 Eigene Befragung	41
6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin. In 2018: Pilotprojekt zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit	41
7 Mitarbeiterzufriedenheit	42
7.1 Eigene Befragung	42
7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage	42
8 Zuweiserzufriedenheit	44
8.1 Eigene Befragung	44
8.1.1 Zuweiserumfrage	44
Behandlungsqualität	45
9 Wiedereintritte	45
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	45
10 Operationen	47
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	47
11 Infektionen	49
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	49
12 Stürze	51
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	51
12.2 Eigene Messung	52
12.2.1 Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal	52
13 Wundliegen	53
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	53

13.2	Eigene Messungen	55
13.2.1	Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen	55
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	56
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	56
14.1.1	Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten	56
15	Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessung	57
17.1	Weitere eigene Messung	57
17.1.1	Qualitätsmessungen in Fachbereichen	57
18	Projekte im Detail	58
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	58
18.1.1	SanaCERT Re-Zertifizierung	58
18.1.2	Integrales Risikomanagement	59
18.1.3	Mitarbeiterumfrage	59
18.1.4	Ambulante Patientenumfrage	60
18.1.5	Abschluss Zuweiserumfrage	60
18.1.6	Patienten-Identifikation	60
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	61
18.2.1	Q-Aktivitäten	61
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	61
18.3.1	Zertifizierungen im Überblick	61
19	Schlusswort und Ausblick	62
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		63
Akutsomatik		63
Anhang 2		67
Herausgeber		68

1 Einleitung

Die qualitativ hochstehende Versorgung unserer Patientinnen und Patienten ist unser tägliches Bemühen. Dabei stellt sich - wie Bundespräsident Alain Berset am Ministertreffen zur Patientensicherheit in Japan im April 2018 treffend hervorgehoben hat - die **Patientensicherheit** als immer wichtigeres Thema bei der Gesundheitsversorgung dar.

Mit der Umsetzung eines ganzheitlichen **Integralen Risikomanagements** und der im Berichtsjahr durchgeführten, sehr erfolgreichen **Re-Zertifizierung nach SanaCERT Suisse**, der unabhängigen Schweizerischen Stiftung für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen verfügt das Kantonsspital Graubünden über eine solide Basis für die ausgezeichnete Versorgung. Eine bedeutende Rolle spielen dabei die Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit. Das Kantonsspital Graubünden erachtet **zufriedene Mitarbeitende als wesentliche Grundlage**, um die Patientinnen und Patienten ein qualitativ hochstehendes Niveau der Versorgung zu bieten und das Unternehmen weiterentwickeln zu können. Im Berichtsjahr wurde deshalb die bereits dritte hausweite Mitarbeiterumfrage durchgeführt.

Das Ziel aus der Mitarbeiterumfrage 2013, bei der nächsten Mitarbeiterumfrage gleich gute Ergebnisse und in einzelnen Bereichen noch bessere Ergebnisse erzielen zu können, konnte sogar **übertroffen** werden. Die Mitarbeitenden fühlen sich bei uns wohl und gerecht behandelt sowie individuell wahr- und ernstgenommen. Das Qualitätsthema „Mitarbeitende Menschen - Human Resources“ wurde dementsprechend bei der SanaCERT Re-Zertifizierung mit der Bestnote bewertet. Dies erachten wir als zentrale Grundlage, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen weiterhin gewachsen zu sein.

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 sehr hohe Patientenzufriedenheit auch im Berichtsjahr, welche das Vertrauen und die Sicherheit der Patienten und Patientinnen in uns sichtbar macht.

Freundliche Grüsse



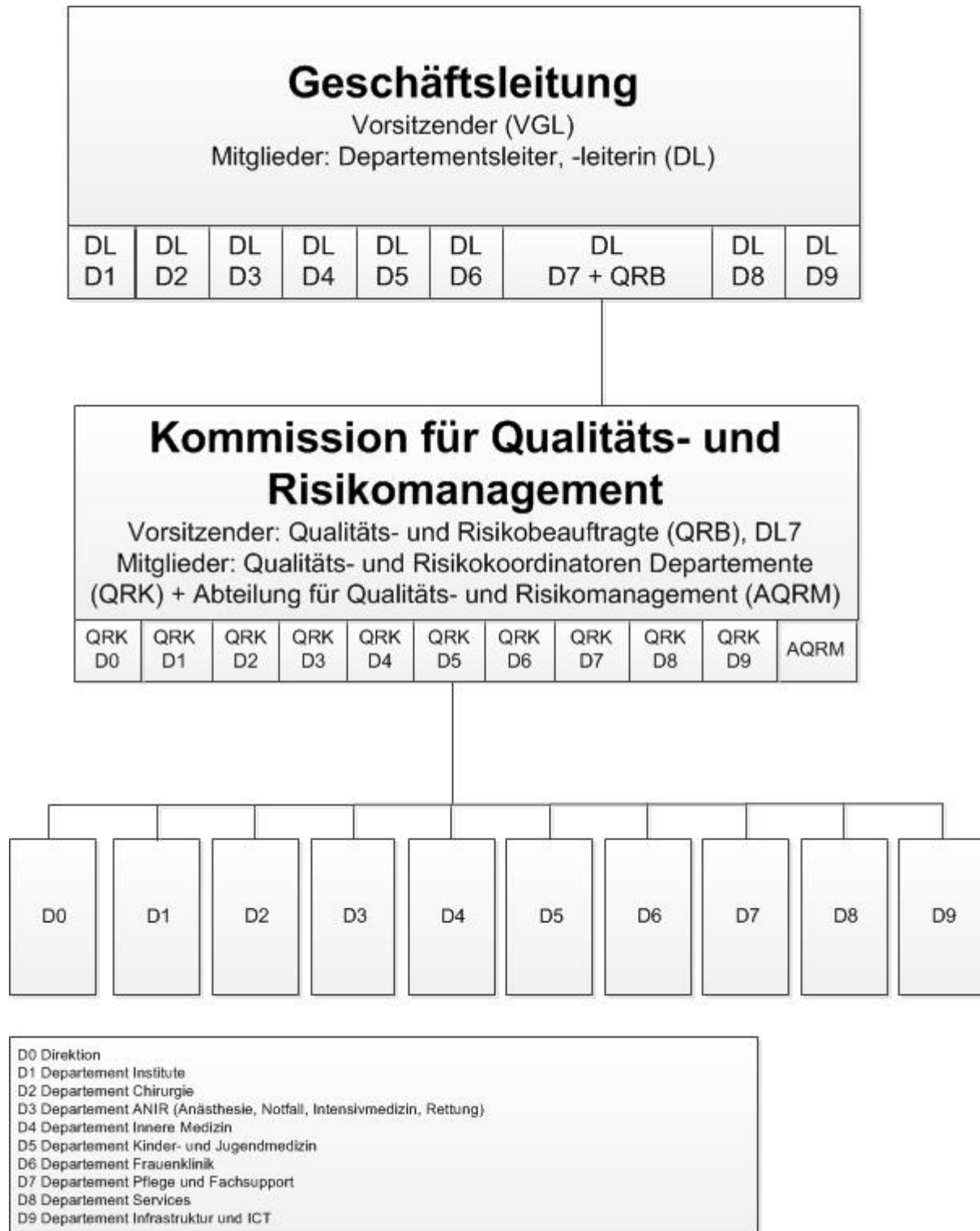
Dr. oec. HSG Arnold Bachmann
Vorsitzender der Geschäftsleitung

© Kantonsspital Graubünden, Chur. Freigabe durch den Verwaltungsrat am 5. Juni 2018, durch die Geschäftsleitung am 28. Mai 2018 und durch die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement am 1. Mai 2018.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Die oberste Führung des Kantonsspital Graubündens zeigt sich für die Qualität und die Patientensicherheit verantwortlich (Vorbildfunktion). Sie fordert alle Mitarbeitenden auf, die Mitverantwortung für Qualität und Patientensicherheit zu tragen.

Im Kantonsspital Graubünden ist das Risikomanagement in die bestehende Organisationsstruktur eingebunden. Die Themen "Qualität" und "Sicherheit" können und dürfen nicht getrennt voneinander

betrachtet werden.

Die Organisation des Qualitäts- und Risikomanagements per se geschieht einerseits Top-down (Qualitäts- und Risikobeauftragte ist Mitglied der Geschäftsleitung) und andererseits Bottom-up (Jedes Departement entsendet eine/n Vertreter/-in in das ständige Fachgremium der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement). Die Kapazität der Vertreter/-innen pro Departement ist in der Grössenordnung von mind. 10 % oder je nach Definition des Departements festgelegt.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **150** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. phil. Tima Plank
Qualitäts- und Risikomanagerin
Kantonsspital Graubünden
081 256 71 92
tima.plank@ksgr.ch

Frau Monica von Toggenburg
Qualitäts- und Risikobeauftragte
Kantonsspital Graubünden
081 256 66 20
monica.vontoggenburg@ksgr.ch

3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch und die Patientensicherheit des Kantonsspital Graubündens sind Leistungsversprechen, welche in der Strategie festgehalten sind. Jährlich im Juni halten der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung ein gemeinsames Strategiemeeting ab. An diesem werden die Mission, die Strategie und die Werte des Kantonsspitals Graubünden evaluiert und je nach Bedarf angepasst. Die strategischen Erfolgsfaktoren und die strategischen Absichten sowie Initiativen werden für das Folgejahr festgelegt. Um spezifische Fragestellungen konkretisieren zu können, werden Teilstrategien formuliert. Zur Unterstützung der gesamten Strategieentwicklung setzt man am Kantonsspital Graubünden 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.

Im Zuge der Integration des Risikomanagements in das Qualitätsmanagement wird ab 2017 die Qualitätsstrategie und Risikostrategie in einer gemeinsame Qualitäts- und Risikostrategie wie folgt definiert:

"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).

Die Patienten- und Mitarbeitersicherheit steht an oberster Stelle unseres täglichen Handelns und hat eine grosse strategische Bedeutung. Durch die Implementation eines integrierten Risikomanagements setzen wir eine prospektive und präventive Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung systematisch in der gesamten Organisation um. Mit einem integrierten Risikomanagement gewährleisten wir die systematische Umsetzung von höchsten Qualitätsstandards auf allen Ebenen unserer Organisation.

Die Qualitäts- und Risikostrategie ist in der **Unternehmensstrategie (KSGR House)** verankert.

Als ständiges Fachgremium berät die **Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement** die Geschäftsleitung in allen Fragen zur Förderung von Qualität und Patientensicherheit. Sie ist der Geschäftsleitung direkt unterstellt und repräsentativ über alle Departemente zusammengesetzt. Die Kommission koordiniert Massnahmen und Projekte im Qualitäts- und Risikobereich und stellt Anträge an Entscheidungsgremien. Im Bereich Risikomanagement ist sie für den klinischen Risikobereich und die Koordination des Integralen Risikomanagements zuständig.

Qualitäts- und Risikoziele: Die zu erreichenden Qualitäts- und Risikoziele müssen in einer aufgabengerechten Form beschrieben und die zur Zielerreichung notwendigen Prozesse festgelegt sein.

- **Definition der Qualitäts- und Risikoziele:** Die Jahresziele der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement mit Festlegungsprozess und Controlling werden jährlich definiert und der Geschäftsleitung zur Genehmigung unterbreitet.
- **Controlling:** Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement ist für ein laufendes Controlling der Umsetzungsmassnahmen zur Erreichung der Jahresziele verantwortlich. Es findet ein tertiales Controlling statt.
- **In der Bildung der Qualitäts- und Risikozielen wird die Qualitäts- und Risikostrategie** berücksichtigt oder der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat Änderungsanträge dazu unterbreitet.

Die Qualitäts- und Risikoziele der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement 2017 sind im Anhang hinterlegt.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

SanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital: Erfolgreiches Re-Zertifizierungsaudit 2017

Gemäss Reglement über die Zertifizierung der SanaCERT Suisse erfolgt drei Jahren nach einer Zertifizierung wiederum eine Re-Zertifizierung. Die Re-Zertifizierung dient dazu zu beurteilen, ob das von der Stiftung SanaCERT Suisse zertifizierte Qualitätsmanagementsystem einwandfrei weiter wirksam ist und somit die Voraussetzungen für die Verlängerung der Zertifizierung um weitere drei Jahre gegeben sind.

Am 14. und 15. November 2017 fand das diesbezügliche Re-Zertifizierungsaudit nach der Re-Zertifizierung 2014 statt. **Das Ergebnis kann sich sehen lassen:** Alle Qualitätsstandards wurden mit der Höchst- oder zweitbesten Note bewertet:

Qualitätsmanagement (Dr. phil. Tima Plank)	D
Schmerzbehandlung (Dr. med. Melanie Rehli, Dr. med. Cristian Camartin)	C
Umgang mit kritischen Zwischenfällen (Dr. phil. Tima Plank)	D
Mitarbeitende Menschen – Human Resources (Julius Risch)	D
Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation (Dr. med. Thomas Müller)	D
Ernährung (Reinhard Lorez)	C
Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten (Dr. med. Marianna Friedli-Braun)	C
Sichere Medikation (Marlies Kuenz Heeb)	C

Der SanaCERT Berichtersteller stellte an der Schlussveranstaltung festgestellt, dass das Qualitätsmanagementsystem im KSGR einwandfrei weiter wirksam ist. Das Zertifikat nach SanaCERT konnte für weitere drei Jahre vergeben werden. Bereits im Berichtsjahr wurde die Phase der Re-Zertifizierung 2020 gestartet. Für die Re-Zertifizierung 2020 wurden bereits folgende Qualitätsstandards ausgewählt:

- Grundstandard Qualitätsmanagement (obligatorisch)
- Schmerzbehandlung
- Mitarbeitende Menschen - Human Resources
- Patienteninformation (neu)
- Ernährung
- Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
- Sichere Medikation
- Decubitusvermeidung und -behandlung (neu)

Implementierung des Integralen Risikomanagements:

Im Berichtsjahr konnte die konzeptionelle Basis für das Integrale Risikomanagement mit der Entwicklung des Risikokonzepts geschaffen werden. Am 12. Juni 2017 verabschiedete die Geschäftsleitung das Risikokonzept sowie den Massnahmenplan. Ab Herbst 2017 fand gemäss definierten Prozesszyklen die Risikobewertung und Massnahmendefinition in den Departementen und Fachbereichen statt. Der daraus resultierende Integrale Risikomanagementbericht 2017 samt Massnahmenplan 2018 wurde am 8. März 2018 vom Verwaltungsrat genehmigt. Unter dem Top-Risiko ‚Cyber-Risiko‘ wurde unter anderem der Kadertag KSGR 2017 gestaltet.

Das klinische Risikomanagement wurde in einer Masterarbeit einer ehemaligen Praktikantin in der Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement einer Kosten- und Nutzenanalyse unterzogen. Dabei zeigte sich eindrücklich, dass sich nur schon allein rechnerisch betrachtet die Implementierung eines klinischen Risikomanagements schnell auszahlt: Bereits bei 11% verhinderter nosokomialer Infektionen sind die Kosten des kRM egalisiert. Werden noch die indirekten Kosten hinzugerechnet, die dem Spital beispielsweise durch Imageschäden entstehen können, steigt der Nutzen

des klinischen Risikomanagements noch weiter an.

Zudem wurde das Integrale Risikomanagement zur Vorstellung (Poster) am Internationalen Kongress der Internationalen Society for Quality in Healthcare (ISQua) im Herbst in London ausgewählt.

Mitarbeiterumfrage 2017: Hohe Zufriedenheitswerte

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen alle vier Jahre zu ihrer Zufriedenheit befragt. Nach 2013 stand im Berichtsjahr somit die dritte flächendeckende Mitarbeiterumfrage an. Durchgeführt wurde die schriftliche Umfrage in Zusammenarbeit mit einem externen Partner mittels eines standardisierten Fragebogens.

Die Gesamtergebnisse zeigen, dass sich das Kantonsspital Graubünden - im Vergleich mit 2013 - in allen Bereichen verbessert hat. Das Ziel aus der Mitarbeiterumfrage 2013, bei der nächsten Mitarbeiterumfrage gleich gute Ergebnisse bzw. in einzelnen Bereichen noch bessere Ergebnisse erzielen zu können, konnte übertroffen werden. Die Mitarbeitenden fühlen sich bei uns wohl und gerecht behandelt sowie individuell wahr- und ernstgenommen. **Zufriedene Mitarbeitende erachten wir als wesentliche Grundlage, um unsere Patientinnen und Patienten qualitativ hochstehend zu versorgen und unser Unternehmen weiter zu entwickeln.**

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung werden die Ergebnisse detailliert analysiert sowie allfällige Massnahmen erstellt bzw. umgesetzt. Der Schlussbericht wird in 2018 verfasst werden. Die nächste hausweite Mitarbeiterumfrage ist gemäss Umfragekonzept für 2021 geplant.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Alle Qualitäts- und Risikoziele (siehe im Anhang) konnten im Berichtsjahr umgesetzt respektive erreicht werden. In der Zielüberprüfung zeigte sich ein Zielerreichungsgrad von 100%.

Die Qualitätsschwerpunkte lagen auf der erfolgreich bestandenen SanaCERT Re-Zertifizierung, der Umsetzung des Integralen Risikomanagements und der Durchführung der Mitarbeiterumfrage. Für weitere Informationen dazu wird auf das Kapitel 3.1 verwiesen. Weitere erreichte Qualitätsziele werden im Folgenden kurz beschrieben.

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 durchgeführt. Die Messempfehlungen (siehe folgend) sind in den Jahreszielen der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement verankert und in der Quality Dashboard aufgenommen:

1. Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mittels SQLape
2. Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mittels SQLape
3. Prävalenzmessung Sturz mit dem Instrument LPZ
4. Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Instrument LPZ
5. Messung der stationären Patientenzufriedenheit
6. Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Die Messungen verlaufen routinemässig. Die Messempfehlungen des ANQ sind in den Q-Jahreszielen und in der Quality Dashboard aufgenommen.

Abschluss Kosten-Nutzenanalyse

Gemäss Entscheid aus den Q-Strategiewerkshops 2016 wurde die Kosten-Nutzenanalyse durchgeführt und abgeschlossen. Im Grundsatz wurden die Q-Strategie und deren Umsetzung bestätigt. Einzelne kleinere Q-Tätigkeiten, welche nicht mehr adäquat sind wie beispielsweise die Q-Road Show, wurden ersatzlos gestrichen.

Q-Kommunikationsmassnahmen

Die Herausforderung, etwa 2'000 Mitarbeitende mit dem Q-Gedanken zu erreichen, stellte sich wiederum eine spezielle Arbeitsgruppe aus dem SanaCERT Grundstandard QM. Das Q-Logo wurde weiterhin in allen Kommunikationsmassnahmen verankert und als Träger der Hauptbotschaft „Qualität geht uns alle an!“ in allen Qualitätsarbeiten verwendet. Im Berichtsjahr wurden beispielsweise folgende Q-Anlässe lanciert:

- **Tag der Qualität 10.05.2017:** Informationsstände, Q-Glücksrad mit Q-Give Away Preisen, an allen drei Standorten
- **Spitaltag KSGR 16.09.2017 mit Koppelung der Aktionswoche Patientensicherheit** respektive Internationalem Tag der Patientensicherheit, zusammen mit Vertreterinnen der Stiftung für Patientensicherheit mit Informationsstände, Sensibilisierungsplakate, Q-Muffins und Q-Glücksrad
- **Q-Menütag 28.09.2017:** Reduzierte Mittagsmenüs an Marktständen mit Sensibilisierung auf die SanaCERT Re-Zertifizierung
- **Q-Liftplakate:** Q-Botschaften für alle Mitarbeitenden
- **SanaCERT Road-Show** mit Auftragserteilung an Kadermitarbeitende zur Kommunikation
- **Q-Sonderzeitung**
- **Facebook** Einträge am Audittag
- usw.

Q-Cockpit

Auch im Kennzahlensystem der Quality Dashboard als Steuerungsinstrument zeigten sich im grossen und ganzen unauffällige Ergebnisse ohne dringenden Handlungsbedarf. Gemäss

Controllingprozess ist grundsätzlich bei auffälligen Ergebnissen (rote Ampel) innerhalb eines halben Jahres ein Bericht mit Angabe von Massnahmen der Geschäftsleitung zu unterbreiten.

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts wird eine softwaretechnische Weiterentwicklung der Quality Dashboard geprüft.

Interne Audits des Qualitätsmanagements

Im Zuge der Vorbereitung der Fremdbeurteilung durch SanaCERT wurden von der Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement interne Audits im Sinne einer Selbstbewertung durchgeführt. Es fanden Audits in den Standards QM, Sichere Medikation und Ernährung statt. Zusätzlich wurde das CIRS-Thema Fehletikettierungen von Laborproben auditiert. Die Empfehlungen aus dem Gesamt-Auditbericht werden – wo sinnvoll – umgesetzt.

Ambulante Patientenumfrage

Im Berichtsjahr wurde die ambulante Patientenumfrage mit dem eigens entwickelten Grünen Fragebogen in ausgewählten Fachbereichen durchgeführt. Für weitere Ausführungen bitten wir die Leserschaft, auf das entsprechende Kapitel im vorliegenden Bericht zu gehen.

Initiative Qualitätsmedizin

Die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement beschäftigt sich seit rund drei Jahren mit dem Thema der Initiative Qualitätsmedizin. Interessant war zu beobachten, wie die ursprünglich in Deutschland entwickelte Methode „helvetisiert“ wurde. Positiv ist der neue interprofessionelle Ansatz von Peer Reviews mit dem Einbezug der Pflege. Im Februar 2017 referierte Frau Prof. Rebecca Spirig als Vorstandsmitglied der Initiative Qualitätsmedizin über den aktuellen Stand der Initiative Qualitätsmedizin in der Schweiz. Momentan verzichtet das Kantonsspital Graubünden aufgrund der Datengrundlage und des Mehraufwands auf CA-Stufe auf eine Mitgliedschaft. Das Kantonsspital Graubünden engagiert sich stark für die Qualitätsentwicklung und lässt sich durch SanaCERT zertifizieren. Mit diesem Verfahren kann das KSGR zurzeit einen für sich sehr grossen Nutzen generieren.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Vision des Kantonsspitals Graubünden, Patientinnen und Patienten qualitativ hochstehend zu versorgen, wird täglich gelebt. Die freiwillige Zertifizierung des Qualitätssystems nach SanaCERT Suisse für den Gesamtbetrieb wird aufrechterhalten. Nur durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung wird der Qualitätsgedanke und die Patientensicherheit gesichert und gefördert.

Das Integrale Risikomanagement wird weiterentwickelt und vermehrt verankert. Die Grundhaltung des Kantonsspitals Graubünden bleibt partnerschaftlich, transparent und engagiert. Aus diesem Grund wird weiterhin - auch auf nationaler Ebene - an Qualitäts- und Risikothemen mitgewirkt, sei das durch die Teilnahme an nationalen Programmen oder Pilotprojekten oder durch Einsitze in nationale Gremien. Die Kommunikation der vielfältigen Qualitätsaktivitäten des Kantonsspital Graubünden nach aussen wird umgesetzt; Delegationsbesuche von Spitälern sind gerne 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
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen

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

Das Kantonsspital Graubünden hat fristgerecht die Erfordernisse der Qualitätskontrolle des Gesundheitsamtes Graubünden eingereicht. Beim Besuch des Gesundheitsamtes Graubünden zum bestehenden Konzept für die Organisation von Grossereignissen und Katastrophen (OGK) wurde beschlossen, die wichtigsten Punkte daraus den Spitälern in Graubünden vorzustellen. Das Gesundheitsamt Graubünden wurde als Beobachter am SanaCERT Re-Zertifizierungsaudit des Gesamtsitals im November 2017 eingeladen. Darausfolgend wurde zusätzlich im Januar 2018 ein De-Briefingtermin mit dem Kantonsarzt durchgeführt. Das SanaCERT Re-Zertifizierungsaudit wurde vom Kantonsarzt als positive und wertvolle Erfahrung empfunden.

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) und zur Erhebung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen)
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin. In 2018: Pilotprojekt zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Hausweite Mitarbeiterumfrage
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>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
<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 2020
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital (alle drei bisherigen Zertifizierungen mit best- oder zweitbesten Benotung abgeschlossen)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011 andauernd
Begründung	Freiwillige hausweite Zertifizierung zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Erhöhung der Patientensicherheit

Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit

Ziel	2017 > Nächste hausweite Mitarbeiterumfrage in 2021 mit Evaluation der Massnahmen aus 2017
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2008 alle vier Jahre gemäss Umfragekonzept Kantonsspital Graubünden
Begründung	Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden. Weitere Ausführungen: Siehe Kapitel 7. Zufriedenheitsmessungen Mitarbeiter

Patientenumfrage stationär

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, ab 01.01.2017 an die weiterentwickelten ANQ-Fragen angepasst
Begründung	Durchgängig sehr hohe Patientenzufriedenheitswerte. Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden.

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
Begründung	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: Departement 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 im Einsatz, KSGR als Beta-User in der Weiterentwicklung des Tools involviert

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 ab 2016-2019 (Bronze)
Begründung	Die Rauchstopp-Beratungsstelle des KSGR ist ein nationales Kompetenzzentrum.

Prozessmanagement

Ziel	Unterstützung Departemente / Fachbereiche
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Je nach Anforderung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2010

Einsatz von E-Learning Tools für Mitarbeitende

Ziel	E-Learning als effizienter Weg, reine Wissensinhalte auf effiziente Weise breit zu vermitteln.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Punktuell ab 2011
Begründung	Momentane Abklärung bezüglich flächendeckender Einbezug in den Bildungsbereich

Re-Design Intranet

Ziel	Erhöhung Benutzerfreundlichkeit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Re-Freshing Intranetauftritt per 01.03.2016, Re-Design 01.03.2018

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, Evaluation BM in 2018
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2013
Begründung	In 2018 findet eine Evaluation des Beschwerdemanagements statt (Q-Jahresziel).

Konzept Krisenmanagement bei kritischen Ereignissen mit Patientenschaden

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

CIRS Lernsystem

Ziel	Hausweite CIRS Umsetzung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital (mit Bestnote D in allen drei SanaCERT Zertifizierungen, d.s. 2017, 2014, 2011)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2011
Begründung	Lernpotenzial und Erhöhung der Sicherheit durch gut funktionierendes CIRS-System mit Meldekreis-Organisation und Software samt anonymisierter Fallverfolgungsmöglichkeit und integrierter Massnahmendatenbank, Verbindung zum CIRNET. Nach erfolgreicher Re-Zertifizierung 2017 in die Linie übergegangen.

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

Kampagnen H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

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

Integrales Risikomanagement

Ziel	Laufende Umsetzung eines Integralen Risikomanagements
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital (Genehmigung Risikobericht und Massnahmenplan via VR)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011 in Zusammenarbeit mit der Hochschule Wirtschaft Luzern
Begründung	Umsetzung Risikomanagement als letzter Baustein eines umfassenden QM-Systems. Zweiter Integrale RM-Bericht 2017 vom Verwaltungsrat genehmigt

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	Qualitätszirkel zur Q-Verbesserung 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

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
Begründung	Per 1. Januar 2018 wurde eine Zusammenarbeit mit der professionellen Mitarbeitenden-Beratungsfirma MOVIS eingegangen.

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
Begründung	Zusätzlich Q-Richtlinie zur Sicheren Patienten-Identifikation, interne Audits. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe wird im 1. Halbjahr 2018 der Geschäftsleitung unterbreitet werden.

Interne Audits Room-Service

Ziel	Sicherstellung und Verbesserung der Dienstleistungsqualität im Servicebereich
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement 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 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 Services
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2005

Internes Kontrollsystem (IKS)

Ziel	Optimale Risikobeurteilung im Finanzsektor
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Services
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Gesetzliche Verankerung und Bestreben nach hoher Qualität; Koppelung mit Integriertem Risikomanagement

Schmerzkonzept für Patientinnen und Patienten

Ziel	Prävention von Schmerzen und medizinische Bekämpfungen bei Schmerzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Das Thema wird im Rahmen der SanaCERT Zertifizierung bearbeitet. Der SanaCERT Q-Standard Schmerzbehandlung erreichte in 2017 die zweitbeste Benotung und wird in 2020 re-zertifiziert.

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 Zentrallabor

Ziel	International akzeptierte Qualitätskriterien, extern überprüft.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Institute, medizinisches Labor
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Ab 2018 (in Erarbeitung)

Einführung Zutrittskontrollsystem

Ziel	Kein Zutritt für unbefugte Personen in Gebäude des KSGR
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/innen 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. Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden.

Austrittsumfrage KSGR-Mitarbeitende

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung des KSGR als attraktive Arbeitgeberin
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Pilot 2017 mit Schlussbericht 2018. Ab 2019: Konzepterstellung
Begründung	Konzepterstellung durch den Personaldienst bis Mitte 2019.

Interne Audits QM

Ziel	Im Rahmen der SanaCERT Re-Zertifizierung und/oder auf Wunsch der Fachbereiche
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	2017 Grosse Auditrunde auf allen Bettenstationen im Rahmen von SanaCERT, interne Q-Audits in 2018 in Planung

Pflege-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	Lean Management - Prozessoptimierungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamthaus
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2014 flächendeckend

Q-Projekt Atemnot

Ziel	Erfolgreiche Umsetzung des Q-Projekts Atemnot mit sechsstufigen Qualitätsregelkreises
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	rettung chur
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Begründung	1. Preis des Swiss Quality Awards 2016

Patientenumfrage ambulant

Ziel	Punktuelle Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	1-2 ausgewählte ambulante Fachbereiche jährlich
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Ab 2017 (nach erfolgreichem Abschluss Pilotprojekte in 2016/2015)
Begründung	Entwicklung eines Grünen Fragebogens analog Gelber Fragebogen; Umsetzung in ausgewählten ambulanten Fachbereichen; Umsetzung aufgrund Kosten-Nutzenanalyse bis auf weiteres nicht flächendeckend. 2018: Pilotprojekt im Departement Kinder- und Jugendmedizin zur Anpassung des Grünen Fragebogens.

ANQ Messempfehlungen

Ziel	Durchführung aller ANQ Messempfehlungen mit Ableitung von Massnahmen, wo sinnvoll
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	hausweit - KSGR als stiller Beobachter beim Verein ANQ seit 2016
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Quality Dashboard

Ziel	Kennzahlensystem zur Qualitätssteuerung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Ab 2010 laufend
Begründung	Softwaretechnische Weiterentwicklung in 2018 in Planung

Bemerkungen

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

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2013 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 sehr hohen Stellenwert bei. Seit 2013 ist das CIRS **flächendeckend umgesetzt** und hausweit standardisiert. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen der SanaCERT Erst-Zertifizierung in 2011 (mit Pilotphase). 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, wobei in 2018 nun der weitere Verlauf im Bundesgerichtsfall Tessin mit Gutachten der Stiftung für Patientensicherheit abgewartet wird. **In 2017 wurde der SanaCERT Qualitätsstandard CIRS bereits zum dritten Mal in Folge mit der Bestnote D zertifiziert.** Ab 2018 geht der Standard in die Linie über.

Die CIRS Organisation beinhaltet 20 Meldekreisen mit definierten Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten pro Departement bzw. Fachbereich. Die eingesetzte Software CIRS-Meldeportal der Firma netränge.ag, St. Gallen wird laufend weiterentwickelt. Seit 2013 ist mit der anonymisierten Fallverfolgung und der integrierten Massnahmendatenbank der PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen. Im Berichtsjahr wurden die Analysemöglichkeiten für die Erfassung des Pflegeindikators Sturz im CIRS Meldeportal realisiert. Die Sturzerfassung erfolgt vorgängig via Erfassungsf formular im Klinikinformationssystem.

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, die Vigilanzsysteme und über den Pflegeindikator Sturz* samt dokumentierten Massnahmen aus CIRS- und Vigilanzfällen informiert.

*Notabene: Der Pflegeindikator Dekubitus wird im Rahmen der SanaCERT Zertifizierung 2020 bearbeitet.

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 Meldesystem 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; SBCDB wird ab 2017 im ODSeasy erfasst (siehe Hinweis unten)

SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdc cohort.ch/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	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/krebsregister.aspx	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.

Hinweis zum Swiss Vasc Registry: Bis 2016 wurde dies durch die Firma RehabNET durchgeführt. Ab 1. Januar 2017 wird dies neu via Online-Services Adjumed Services AG, Adjumed.net betrieben.

Teilnahme am Register anatomische Resektionen Thoraxchirurgie: Register für sämtliche anatomische Lungenresektionen; wird ebenfalls wie Swiss Vasc Registry via Online-Services Adjumed Services AG, Adjumed.net betrieben.

Teilnahme am Register anatomische Resektionen Lunge: Teilnahme seit 01.01.2017

Teilnahme am Livermet Register (www.livermetsurvey.org): Internationales Register mit Vergleich outcome Daten / Colorektale Lebermetastasen Chirurgie seit Ende 2009.

Teilnahme am HSM-Register: HSM-Register Visceralchirurgie (Pancreas, Leber, Rectum, Ösophagus, Bariatrie) via Online-Services Adjumed Services AG, Zürich. Teilnahme seit 1. Juli 2014.

Teilnahme am Swiss Stroke Registry (SSR) der Schweizerischen Hirnschlag Gesellschaft (SHG) seit 2017

Hinweis zur SBCDB (Swiss Breast Center Database): Die SBCDB wird ab 2017 im ODSeasy erfasst. Betreiberorganisation ist die Asthenis GmbH.

Hinweis zum Gynäkologischen Tumorzentrum: Wird seit 2017 ebenfalls im ODSeasy erfasst. (Betreiberorganisation Asthenis GmbH)

SWISSRECA: Ab 01.07.2017 ist das Schweizer Online Register gestartet. Hierfür werden Einsätze mit Herz-Kreislaufstillstand in der Schweiz erfasst. Mit Hilfe dieser Daten wird nicht nur die qualitative, medizinische Versorgung gemessen, sondern auch wichtige Grundlage für die Forschung geschaffen. Mit deren Ergebnissen die Überlebenschancen von Patienten mit Herz-Kreislaufstillstand weiterverbessert werden können. Am Register SWISSRECA nimmt die Rettung Chur, Kantonsspital Graubünden seit Startdatum teil.

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	2016	
GMP - PIC	Institut für Spitalpharmazie	1998	2016	Das Institut für Spitalpharmazie im 2009 durch die regionale Fachstelle Zentral- und Ostschweiz nach GMP und PIC auditert zum Zweck die kantonale Herstellungsbewilligung und die Swissmedic Gross-Handelsbewilligung zu verlängern.
IVR-Anerkennung	rettung chur	2002	2016	Die Re-Zertifizierung konnte erfolgreich bestanden werden. Nächste Re-Zertifizierung in 2021.
SanaCERT Suisse	Kantonsspital Graubünden	Erstzertifizierung in 2011	Re-Zertifizierung in 2020	Das Kantonsspital Graubünden hat in 2017 das Re-Zertifizierungsaudit durch SanaCERT Suisse, der Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, mit Bestnoten erreicht. Die Re-Zertifizierung ist in 2020.
RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken	Institut für Spitalpharmazie	2006	2016	Das Institut für Spitalpharmazie hat ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut und umgesetzt. Jährliches Überwachungsaudit und

				dreijährliche Rezertifizierungsaudits.
Label „Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care	Palliative Care	2012	2017	Die Palliative Care Abteilung hat die Re-Zertifizierung des Labels SQPC (Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care) erfolgreich bestanden. Die Re-Zertifizierung ist in 2022.
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	2017	Alle Anforderungen sind erfüllt.
QUALAB Ringversuche Labor	Zentrallabor	2012	2017	
Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie	Handchirurgie	2013	2017	
Externe Kontrolle durch SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung)	Onkologie / Hämatologie	2012	2012	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Brustkrebszentrum	2017	2021	Die Erst-Zertifizierung konnte am 01./02.11.2017 ohne Auflagen erfolgreich bestanden werden.
Akkreditierung nach EN/ISO 15189	Zentrallabor	2017	2019 (geplant)	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	Die Re-Zertifizierung findet in 2019 statt. Ausgezeichnet mit „Bronze Zertifikat“ des Forums Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz (FTGS) und Erfüllung der Qualitätskriterien nach den Standards des ENS
Zertifizierung ISO 9001:2008	Institut für Radio-Onkologie	2016	2016	Überwachungsaudit in 2017 erfolgreich bestanden.
Zertifizierung Stroke-Unit	Stroke Unit	2016	2016	Die Re-Zertifizierung findet in 2019 statt.
REKOLE	Controlling	2011	2015	Standards für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM)	Kinderwunschzentrum	2016	2016	Zertifikat bis 2019 gültig.
Stiftung Endometrioseforschung, Schweizerische Endometriose-Vereinigung, Europ. Endometriose-Liga	Endometriosezentrum	2017	2017	Zertifikat bis 2020 gültig,
PET Umwelt-Zertifikat	PET Recycling Schweiz	2017	2017	Wird ab 2017 jährlich vergeben
Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie	Ambulante pulmonale Rehabilitation	2017	2017	Audit erfolgreich am 08.05.2017 bestanden.
Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie	Akkreditiertes Zentrum für Schlafmedizin	2017	2017	erfolgreiche Akkreditierung des interdisziplinären Schlafzentrums Kantonsspital Graubünden vom Oktober 2017. KSGR als eines von 32 CH-Schlafzentren und 1 von 15 CH-Schlaf-

				Weiterbildungsstätten SGSSC
--	--	--	--	--------------------------------

Bemerkungen

Das Kantonsspital ist **anerkannte Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätte**. Alle klinischen Departemente sowie klinische Spezialbereiche weisen Aktivitäten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung aus (Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenklinik).

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Kantonsspital Graubünden	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.20 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.57 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.58 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.04 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	75.00 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse aus der Patientenumfrage des ANQ zeigen generell, dass das Kantonsspital Graubünden in allen Bereichen deutlich über den Schweizer Durchschnitt der Schweizer Akutspitäler auf demselben Versorgungsniveau (VN 2) liegt. Dieses positive Bild zeigt sich auch in der durchgängig sehr guten Rücklaufquote von über 50 Prozent. Im Pädiatriebereich wird nach wie vor der ursprüngliche ANQ Fragebogen mit 10er Skala eingesetzt. Auch in diesem Bereich verzeichnen wir sehr gute Patientenzufriedenheitsresultate.

Im Vergleich der bereits vorliegenden Werte der Nationalen Patientenbefragung 2017 des ANQ (prozentuelle Antwortverteilung, kein Index) kann bereits gesagt werden, dass das Kantonsspital Graubünden auch mit der Messung 2017 im sehr guten Feld liegt. Es wird nach wie vor eine sehr hohe Patientenzufriedenheit ausgewiesen. Die Frage nach der gesamten Qualitätsbeurteilung im Kantonsspital Graubünden wird beispielsweise von 87.1 Prozent der Patientinnen und Patienten mit "Ausgezeichnet" bis "Sehr gut" beurteilt.

Die hohe Patientenzufriedenheit bedeutet jedoch nicht, dass zur weiteren Qualitätsentwicklung im Spital nichts mehr unternommen wird. Das Gegenteil ist der Fall: Mittels einer Dauermessung im stationären Bereich (Gelber Fragebogen), in der auch die ANQ-Fragen aufgenommen sind, wird die Patientenzufriedenheit laufend erhoben. Hier erzielen die ANQ-Fragen während des Jahres sogar noch höhere Zufriedenheitswerte als die ohnehin bereits sehr guten Werte aus der Nationalen Patientenumfrage. Kritische Feedbacks oder Beschwerden werden mit definierten Prozessen und Verantwortlichkeiten bearbeitet. In einem jährlichen Analysereport werden neben den Ergebnissen auch Massnahmen dokumentiert. Der Analysereport wird von der Geschäftsleitung genehmigt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPÉ Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten. - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Kantonsspital Graubünden

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	1056		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	547	Rücklauf in Prozent	52 %

Bemerkungen

Die Anzahl der angeschriebenen Patienten und Anzahl der eingetroffenen Fragebogen bezieht sich auf das Jahr 2017 (die Jahreszahl 2016 ist automatisch hinterlegt und kann nicht angepasst werden).

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) und zur Erhebung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen)

Die **Zufriedenheit der stationären Patientinnen und Patienten** als strategisch wichtige Anspruchsgruppe wird im Kantonsspital Graubünden laufend mittels eines Fragebogens, des sogenannten ‚Gelben Fragebogens‘ erfasst. Der Gelbe Fragebogen umfasst die Basisfragen aus der Messempfehlung zur Patientenzufriedenheit des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie weitere spitalspezifische Elemente des ärztlichen und pflegerischen Aspektes und zwei offene Kommentarfragen. Im Berichtsjahr wurden die durch den ANQ weiterentwickelten Basisfragen in den Gelben Fragebogen aufgenommen. Der dadurch revidierte Gelbe Fragebogen wird ab 01.01.2017 eingesetzt. Im Befragungszeitraum der Nationalen Patientenumfrage des ANQ (September) wird der Gelbe Fragebogen nicht abgegeben, um eine Doppelbefragung zu vermeiden. Dies ist im Einklang mit dem hausweiten Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden.

Zudem wird der eigens für den **ambulanten Bereich** entwickelte, sogenannte Grüne Fragebogen zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit erfolgreich in ausgewählten ambulanten Fachbereichen eingesetzt. Der Grüne Fragebogen wurde in zwei umfangreichen Pilotprojekten mit teststatistischer Überprüfung entwickelt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die stationäre Messung findet laufend hausweit, d.h. auf allen Bettenstationen statt (Dauermessung).

Die ambulante Messung findet in ausgewählten ambulanten Fachbereichen statt.

Das untersuchte Kollektiv bezüglich des Gelben Fragebogens beinhaltet alle stationären Patientinnen und Patienten im Erwachsenenbereich. Auch im pädiatrischen Bereich wird die Dauermessung zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit durchgeführt. Hier wird eine Anpassung des Gelben Fragebogens an die neuen Basisfragen des ANQ erfolgen, sobald diese vorliegend sind (ca. 2018/2019).

Das untersuchte Kollektiv bezüglich des Grünen Fragebogens zur Messung im ambulanten Patientenbereich beinhaltet die ambulanten Patientinnen und Patienten des jeweiligen Fachbereichs. Unter Umständen und je nach strategischer Zielsetzung werden entsprechende Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

Ergebnisse Gelber Fragebogen zur Messung der stationären Patientenzufriedenheit 2017 (stichwortartig):

- 3'557 gültige Fragebögen (Nettostichprobe), 42%iger guter durchschnittlicher Rücklauf bei Erwachsenen
- 1'297 gültige Fragebögen (Nettostichprobe), 84%iger ausserordentlich hoher Rücklauf bei Kinder und Jugendlichen.
- Wie bisher: Sehr gute Patientenzufriedenheitswerte im Erwachsenenbereich (4.4 bei max. 5) und Kinder- und Jugendbereich (9.5 bei max. 10). Die neuen ANQ-Fragen weisen keinen Boden-/Deckeneffekt mehr auf, d.h. die Patientenzufriedenheit kann als reliabel/valide angesehen werden (ohne Verfälschungseffekte).
- Massnahmen werden ergriffen; der PDCA-Regelkreis ist geschlossen. Im Monatsvergleich des Management-Informationssystem (MIS) zeigen sich auf Gesamtebene hohe Werte mit geringer Schwankung.
- Wie in den Vorjahren sind wiederum die Ergebnisse der ANQ-Fragen im Gelben Fragebogen besser als die bereits sehr guten Werte des KSGR in der ANQ Patientenumfrage.

Die Ergebnisse samt Beispiele von getroffenen Massnahmen sind im jährlichen Analysebericht Gelber Fragebogen enthalten. Dieser wird jeweils von der Geschäftsleitung genehmigt und breit kommuniziert.

Auch im ambulanten Bereich verzeichnen die Messungen sehr gute Patientenzufriedenheitswerte. Hier erhält der jeweilige ambulante Fachbereich seine Ergebnisse jeweils direkt mit Fokus auf einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Schliessung des PDCA-Qualitätskreislauf.

Der ehemalige SanaCERT Qualitätsstandard „Erhebung von Patientenurteilen“ wurde anlässlich des SanaCERT Re-Zertifizierungsaudit im November 2017 extern kurz überprüft und für einwandfrei befunden.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Der Gelbe Fragebogen zur Dauermessung der stationären Patientenzufriedenheit beinhaltet die ANQ-Basisfragen. Im ambulanten Bereich orientiert sich der Grüne Fragebogen an den ANQ-Basisfragen sowie ANQ-Antwortskala.

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 über ein flächendeckend eingeführtes

Beschwerdemanagement mit

Beschwerdeverantwortlichen pro

Departement (1x jährlich ERFA). Im Jahr

2018 wird eine Evaluation des

Beschwerdemanagements durchgeführt (Q-Jahresziel).

Die Abteilung Qualitäts- und

Risikomanagement 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 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 2017 (CI* = 95%)
	2014	2015	2016	
Kantonsspital Graubünden				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.93	9.10	8.64	8.81 (- -)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.96	8.87	8.55	8.66 (- -)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.78	8.69	8.81	8.46 (- -)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.06	8.83	8.60	8.61 (- -)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.51	9.51	9.19	9.37 (- -)

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Auch im pädiatrischen Patientenbereich verzeichnet das Kantonsspital Graubünden nach wie vor eine sehr gute 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 (Gelbe Fragebogen; siehe entsprechendes Kapitel). Der Fragebogen richtet sich an die Eltern bzw. Bezugspersonen respektive an die Jugendlichen selbst und beinhaltet die ANQ-Pädiatriefragen. Auch in dieser Dauermessung zeigt sich eine permanent hohe Zufriedenheit bei den Eltern bzw. Jugendlichen, welche noch über den Zufriedenheitswerten der nationalen Umfrage ANQ liegt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Kantonsspital Graubünden			
Anzahl angeschriebene Eltern 2017	164		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	67	Rücklauf in Prozent	41.00 %

6.2 Eigene Befragung

6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin. In 2018: Pilotprojekt zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit

Die Messung der stationären Patientenzufriedenheit findet - analog Erwachsenenbereich - bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten respektive ihren Eltern/Bezugspersonen laufend statt. Der sogenannte Gelbe Fragebogen beinhaltet dabei wiederum 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.

Sobald der ANQ-Pädiatriefragebogen weiterentwickelt ist, wird der Gelbe Fragebogen im Pädiatriebereich dementsprechend angepasst werden. Dies wird voraussichtlich im Jahr 2018/2019 der Fall sein.

Im Jahr 2018 findet die Umsetzung eines Pilotprojekts zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen) statt. Der Grüne Fragebogen wird im Erwachsenenbereich bereits eingesetzt (siehe entsprechendes Kapitel). Das Ziel des Pilotprojekts im Departement Kinder- und Jugendmedizin ist die entsprechende Anpassung des Fragebogens an das spezifische Klientel der pädiatrischen Patienten respektive ihrer Bezugspersonen / Angehörigen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Messung der stationären Patientenzufriedenheit findet laufend auf der Kinderstation und Kinderintensivstation statt. Die Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit wird ab 2018 in der Tagesklinik / im Ambulatorium / bei Notfall im Departement Kinder- und Jugendmedizin in einem Pilotprojekt durchgeführt.

Das untersuchte Kollektiv beinhaltet alle stationären Patientinnen und Patienten respektive deren Eltern bzw. Bezugspersonen. Jugendliche füllen selbst den Fragebogen aus.

Im ambulanten Bereich werden zum Zeitpunkt der Berichterstellung die Ein- und gegebenenfalls Ausschlusskriterien für die Durchführung des Pilotprojekts 2018 definiert.

Informationen zu den Messergebnissen 2016 sehen Sie unter dem Kapitel 5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)

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 war dies im Berichtsjahr 2017 wieder der Fall.

Das Kantonsspital Graubünden hat diese dritte hausweite Mitarbeiterumfrage mit dem Messsystem der Firma meCon Measure & Consult GmbH durchgeführt. Es handelt sich um ein standardisiertes Befragungssystem, das ein externes Benchmarking mit Schweizer Vergleichspitälern ermöglicht. Das Kantonsspital Graubünden hat insgesamt 1'951 Fragebogen versandt, davon wurden 1'353 Fragebogen retourniert. Das entspricht einer **klar überdurchschnittlichen Rücklaufquote von 69.3 Prozent** (Durchschnitt der Vergleichsspitäler: 53.2 Prozent). Das Commitment der Mitarbeitenden kann damit als sehr hoch bezeichnet werden.

Die rund 60 Zufriedenheitsfragen zu den Bereichen Arbeitsinhalt, Lohn, weitere Leistungen des Arbeitgebers, Arbeitszeit, Aus- und Weiterbildung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Team, Führung und Arbeitsplatz brachten **sehr gute Ergebnisse** zutage. Die Gesamtbeurteilung des Spitals durch die Arbeitnehmenden hat sich 2017 gegenüber 2013 klar verbessert. Alle Bereiche haben sich positiv entwickelt und erzielen gegenüber 2013 und auch im externen Vergleich bessere Werte. Am deutlichsten verbessert hat sich der Bereich „Lohn“, er hat sich von 50.5 Punkten auf 58.8 Punkten gesteigert. Zur Steigerung der Zufriedenheit können Massnahmen aus den letzten Mitarbeiterumfragen wie die Anpassung der Pikettdienstregelung über die gesetzliche Vorgabe hinaus oder der Ausbau der Kindertageskrippe gesehen werden. Die Arbeitsplatzbedürfnisse konnten direkt in das Bauprojekt SUN aufgenommen werden. Weiter- und Fortbildungen werden seit jeher im Kantonsspital Graubünden gross geschrieben.

Mit den aktuellen Ergebnissen werden zum Zeitpunkt der Berichterstellung nun weitere Massnahmen definiert und bis zur nächsten hausweiten Mitarbeiterumfrage umgesetzt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Oktober bis November 2017 durchgeführt. Hausweite, d.h. flächendeckende Messung der Mitarbeiterzufriedenheit
Befragt wurden alle Mitarbeitenden des Kantonsspitals Graubünden mit Eintrittsdatum vor dem 01. 04.2017 mit Ausschluss von Mitgliedern strategischer Gremien (z.B. Stiftungsrat).

Die Ergebnisse werden ab Ende Mai 2018 transparent auf der Website des Kantonsspitals Graubünden aufgeschaltet: <https://www.ksgr.ch/qualitaetsindikatoren.aspx>

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Ziel aus der Mitarbeiterumfrage 2013, bei der nächsten Mitarbeiterumfrage gleich gute Ergebnisse bzw. in einzelnen Bereichen noch bessere Ergebnisse erzielen zu können, konnte übertroffen werden. Die Mitarbeitenden fühlen sich bei uns wohl und gerecht behandelt sowie individuell wahr- und ernstgenommen.

Zufriedene Mitarbeitende erachten wir als wesentliche Grundlage, um unsere Patientinnen und Patienten qualitativ hochstehend zu versorgen und unser Unternehmen weiter zu entwickeln. Das Qualitätsthema „Mitarbeitende Menschen - Human Resources“ wurde zudem bei der hausweiten Re-Zertifizierung 2017 durch die Schweizerische Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen SanaCERT Suisse mit Bestnoten extern überprüft.

Gesamthaft betrachtet, erreicht das Kantonsspital Graubünden nach wie vor sehr gute Zufriedenheitswerte. Aussergewöhnlich hoch liegt nach wie vor die Rücklaufquote. Fast Dreiviertel aller Mitarbeitenden haben sich freiwillig an der Umfrage beteiligt, was die Aussagekraft der Resultate zusätzlich stärkt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	meCon Mitarbeiterfragebogen mit KSGR-spezifischen Zusatzfragen

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) im Jahr 2016 der Fall. Im Berichtsjahr wurde der Schlussbericht zur Zuweiserumfrage von der Geschäftsleitung genehmigt.

Wichtigste Ergebnisse in Kurzform

Dass die Zusammenarbeit mit dem KSGR bei den Zuweisenden in der Umfrage 2016 gesamthaft einen unverkennbar besseren Wert als im Jahr 2012 erreicht hat, macht deutlich, dass der Ansatz des Integrierten Zuweisungsmanagements, den das KSGR seit 2012 verfolgt, erste Wirkung zeigt. Ein Integriertes Zuweisungsmanagement, das von der zentralen Stelle Kommunikation Behandlungspartner geleitet und den verschiedenen Fachbereichen getragen wird, ist eines der Kernelemente für eine zukunftsgerichtete Entwicklung des KSGR. Die ausgewiesene Erhöhung der Zufriedenheit bei den Zuweisenden dürfte insbesondere auf die bessere Erreichbarkeit von kompetenten ärztlichen Ansprechpartnern, den angenehmen persönlichen Kontakt mit den Kaderärzten sowie weiteren KSGR-Mitarbeitenden, den verbesserten Einbezug der Zuweisenden sowie die Professionalisierung der Kommunikation zurückzuführen sein.

Die Leitung Kommunikation Behandlungspartner/-innen steht für die Anliegen und Bedürfnisse der Behandlungspartner/-innen gerne zur Verfügung. Weitere Informationen gibt die Website des Kantonsspitals Graubünden unter den für diese Zielgruppe eingerichteten Informationsseiten:

<https://www.ksgr.ch/kontakt-zuweiser.aspx>

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Messung der Zufriedenheit von allen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen im gesamten Marktgebiet des Kantonsspitals Graubünden (GR, GL, SG-Süd, FL).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	meCon Zuweiserfragebogen mit KSGR-spezifischen Zusatzfragen

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2016**
Kantonsspital Graubünden		
Beobachtete Rate	Intern:	3.31%
	Extern:	44.10%
Erwartete Rate		3.93%
Verhältnis der Raten***		0.84

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die vorliegenden Raten 2016 auf Grundlage der BfS-Statistik 2016 wurden vom Kantonsspital Graubünden mit dem vom ANQ zur Verfügung gestellten SQLape Monitor (Software) selbständig berechnet.

Die Raten der ungeplanten Wiedereintritte und der ungeplanten Reoperationen weisen darauf hin, wie sorgfältig der Austritt von Risikopatienten vorbereitet und durchgeführt wurde oder wie "erfolgreich" eine Reoperation schlussendlich war. Die Werte des Kantonsspitals Graubünden zu den potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen und potenziell vermeidbaren Reoperationen liegen seit Jahren **im normalen, guten Bereich**. Notabene: In den Jahren 2015, 2014 und 2013 hat der ANQ aufgrund des Wechsels des SQLape Messinstrumentes keine Werte, d.h. auch keine Fallanzahl, sondern lediglich die Bewertung (z.B. Normaler Bereich) ausgewiesen.

Seit 01.01.2017 wird nun der neue SQLape Monitor eingesetzt. Erste Analysen mit den Medizinischen Statistik (BfS-Daten) 2017 im Kantonsspital Graubünden zeigen, dass auch mit den aktuellen Daten die Werte des Kantonsspitals Graubünden im guten respektive normalen Bereich liegen. Weitere Detailanalysen mit den SQLape Monitor - beispielsweise herabgebrochen auf die Fachbereiche - werden erstellt und - wo sinnvoll - Massnahmen umgesetzt.

Im März 2018 veröffentlicht der Verein ANQ transparent die Rehospitalisationsraten pro Spital (BfS-Statistik 2015). Im Jahr 2016 beteiligten sich 146 Akutspitäler, verteilt auf 198 Standorte, an der ANQ-Messung der potenziell vermeidbaren Wiedereintritte. Generell bewegten sich 2016 die «erwarteten» Raten - sie stehen für das Rehospitalisierungsrisiko - zwischen 1 und 11 Prozent. Die «beobachteten» Raten - sie schliessen Wiedereintritte ins eigene Spital und in andere Spitäler ein - liegen in einer Bandbreite

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Kantonsspital Graubünden		
Anzahl auswertbare Austritte:	12994	

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 wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

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

Datenanalyse	2016 **
Kantonsspital Graubünden	
Beobachtete Rate	2.62%
Erwartete Rate	2.82%
Verhältnis der Raten***	0.93

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die vorliegenden Raten 2016 auf Grundlage der BfS-Statistik 2016 wurden vom Kantonsspital Graubünden mit dem vom ANQ zur Verfügung gestellten SQLape Monitor (Software) selbständig berechnet.

Wir bitten die Leserschaft, die **Bemerkungen im Vorkapitel Wiedereintritte zu beachten**. Diese gelten auch für die Auswertung der potenziell vermeidbaren Reoperationen.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Kantonsspital Graubünden		
Anzahl auswertbare Operationen:	9204	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch 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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die aktuellen Messwerte der Erfassungsperiode vom 1. Oktober 2016 bis 30. September 2017 für die Eingriffe ohne Implantat und vom 1. Oktober 2015 bis 30. September 2016 für die Eingriffe mit Implantat wurden von SwissNOSO im Februar 2018 an die Spitäler versandt. **Momentan werden diese Ergebnisse hausintern analysiert.** Aus diesem Grund werden sie erst im nächsten Bericht ausgewiesen werden.

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). Hinsichtlich postoperativer Wundinfektraten bei der Kolonchirurgie konnte die Wundinfektrate während der letzten Jahre kontinuierlich gesenkt werden (von 19.2% auf 13.4% in 2016). Dies zeigt, dass die ergriffenen Massnahmen erfolgreich und zielführend sind.

Im Bereich der Erstimplantation Hüftendoprothesen wurde in den ersten drei Erfassungsperioden immer Infektraten unter 1% ausgewiesen. Die Werte lagen damit jeweils unter dem CH-Durchschnitt. In der Periode 2014 stieg dieser Wert auf 2.9%, um in der Messperiode 2015 wieder mit 0.6% unter den Referenzwert zu sinken, jedoch in 2016 wieder auf 2.5% zu steigen. In der aktuellen Messung zeigte sich nun wieder ein Wert von 0.5%. Diese Schwankungen können durch die absolut kleinen Infektzahlen bei aspetischen Operationen verursacht werden.

Die interne Qualitätsüberprüfung läuft kontinuierlich; es werden Massnahmen - wo sinnvoll - umgesetzt. Die Fachabteilung Infektiologie/Spitalhygiene setzt dabei nach wie vor Massnahmen wie internen Audits, Schulungen oder Informationsanlässe wie z.B. am Internationalen Tag der Händehygiene durch.

Angaben zur Messung

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

Bemerkungen

Die teilweise sehr geringen Fallzahlen können die Aussagekraft der Wundinfektionsraten nach wie vor sehr schmälern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Graubünden				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	6	6	6	5
In Prozent	3.60%	3.10%	3.40%	2.90%

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die jährliche ANQ Prävalenzmessung zum Pflegeindikator Sturz weist **keine auffälligen Sturzszenarien KSGR** auf (KSGR: jeweils im grünen Bereich). Die Sturzinzidenzraten liegen im normalen Bereich. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung sind die Ergebnisse der Nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus 2017 eingetroffen und werden intern plausibilisiert.

Ab 2016 findet eine elektronische Erfassung der Stürze im Klinikinformationssystem mit Reporting im CIRS-Meldeportal statt (siehe auch nachfolgender Punkt). Die Sturzszenarien bzw. Massnahmen in der Sturzvermeidung und -behandlung sind jeweils im jährlichen CIRS/Vigilanz Gesamtreport aufgenommen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Kantonsspital Graubünden			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	171	Anteil in Prozent (Antwortrate)	80.70%

Bemerkungen

Es werden laufend die Massnahmen gemäss Konzept Sturzmanagement KSGR umgesetzt. Dabei passen sich die pflegerischen Interventionen (Hilfeleistungen und Hilfsmittel) gemäss Risikoeinschätzung dem Ausmass des vorliegenden Problems an. Am 29. August 2017 fand ein halbtägiger Kinästhetics Workshop zum Thema Sturz statt.

Weiteres Vorgehen:

- Das Konzept Sturzmanagement wird bis Ende 2018 revidiert.
- Der Fortbildungstag „Sturzmanagement“ wird gemeinsam mit dem Kinästhetics Trainer im Jahr 2018 neu organisiert.
- Der Fortbildungstag „Sturzmanagement“ wird ab 2019 in neuer Form zur Schulung angeboten.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal

Ab 2016 wird der Pflegeindikator Sturz im Klinikinformationssystem (KIS) flächendeckend erfasst. Das Reporting, d.h. die Analysen und Berichterstellungen finden im CIRS-Meldeportal statt. Im CIRS-Meldeportal befinden sich auch die gesetzlichen Meldesysteme Hämovigilanz, Pharmakovigilanz und Materiovigilanz. Damit ist ein ganzheitlicher, integrierter Ansatz dieser klinischen Risiken gewährleistet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Stationärer Bereich (Gesamt)
Gesamthaus

Im Berichtsjahr fand konnte ein flächendeckendes Sturzreporting durchgeführt werden. Die Messung wird aktuell analysiert und Massnahmen abgeleitet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	KSGR (KIS), netrange.ag, St. Gallen
Methode / Instrument	Reporting Sturzerfassung KIS

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen 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. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Kantonsspital Graubünden						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	6	3	5	3	1.80%

Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Kantonsspital Graubünden						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	1	0	0	0	0.00%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der aktuelle Prävalenzwert 2017 liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt. Nichtsdestotrotz schreitet die Qualitätsarbeit im KSGR bezüglich des Themas weiter voran. Am 12. Februar 2018 entschied sich die Geschäftsleitung, den Qualitätsstandard "Decubitusvermeidung und -behandlung" für die nächste hausweite Re-Zertifizierung nach SanaCERT Suisse zu bearbeiten.

Das Kick-off zum SanaCERT Standard Decubitusvermeidung und -behandlung findet im Mai 2018 statt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	• Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). • Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). • Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	• Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. • Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. • Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. • Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Kantonsspital Graubünden			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	171	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	80.70%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2017	23	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	95.70%

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 2017 durchgeführt.

Das Thema wird in die Bearbeitung des SanaCERT Q-Standards Decubitusvermeidung und -behandlung direkt einfließen. Die Erst-Zertifizierung des Standards ist im November 2020.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

Im Rahmen der Bearbeitung des SanaCERT Q-Standards "Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten" wurde ein Delirkonzept sowie - daraus resultierend - eine Qualitätsrichtlinie erarbeitet. Der Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen, allenfalls auch gegen die aktuelle Willensäusserung des Patienten, ist bei der Behandlung von Delirzuständen ein nicht selten notwendiges Deeskalationsmittel. Weil diese Form der Intervention aber eines der Grundrechte eines jeden Menschen einschränkt, ist in diesem Zusammenhang eine äusserst differenzierte Umgangsweise und klare Regelung angebracht.

Die Qualitätsrichtlinie „Freiheitseinschränkende Massnahmen“ beschreibt die Anwendung von Massnahmen, welche die individuelle Bewegungsfreiheit von Patientinnen und Patienten einschränkt. Ziel ist stets die Abwendung einer Selbst- und/oder Fremdgefährdung. Die Sicherheit der Patientinnen, Patienten und des Personals ist jederzeit zu gewährleisten. Personen- und Sachschäden müssen vermieden werden. Die Bewegungsfreiheit soll allerdings erst dann eingeschränkt werden, wenn keine andere Massnahme zur Verfügung steht, mit der dasselbe Ziel erreicht werden kann. Die Massnahme muss also in jedem Fall verhältnismässig sein. Der Einsatz von freiheitseinschränkenden Interventionen ist situativ genau zu prüfen und kommt nie an erster Stelle zu stehen. Es kann vorkommen, dass eine Fremd-/ oder Selbstgefährdung nur mit Massnahmen gegen den Willen der Patientin, des Patienten abgewendet werden kann. In diesen Situationen sind die Klärung der Urteilsfähigkeit der Patientin, des Patienten sowie die Dringlichkeit der Massnahme von zentraler Bedeutung.

Diese Messung haben wir vom November 2016 bis fortlaufend durchgeführt.

Das Delirkonzept KSGR ist gültig für erwachsene Patienten der stationären Bereiche inklusive Zentrale Notfallstation, d.h. stationäre Bereiche Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, ANIR (ZNS, IPS, Anästhesie), exklusive Kinder- und Jugendmedizin und Ambulatorien. Die Qualitätsrichtlinie regelt die Anwendung freiheitseinschränkender Massnahmen bei urteilsunfähigen, erwachsenen Patientinnen, Patienten zur Vorbeugung von risikoreichen Situationen mit einem Selbst- und/oder Fremdgefährdung.

Die Anwendung der Qualitätsrichtlinie bedingt keine Messung. Sie kann durch interne Audits überprüft werden und wird gemäss Konzept der Qualitätsrichtlinien in der Regel alle zwei bis drei Jahre ab Inkrafttreten der Richtlinie oder bei Bedarf revidiert.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der Qualitätsstandard "Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten" wurde in der Erst-Zertifizierung im November 2018 bereits mit der zweitbesten Benotung auditert. Die Re-Zertifizierung findet im November 2020 statt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Qualitätsmessungen in Fachbereichen

In den einzelnen Fachbereichen des Kantonsspitals Graubünden werden laufend bereichsspezifische Qualitätsmessungen durchgeführt. Zentral dabei ist die Schliessung des PDCA-Qualitätskreislaufes.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 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 laufend statt.

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 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 seit 2011 nach der Zertifizierung nach SanaCERT Suisse, der Schweizerischen Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zertifiziert. Die Zertifizierung findet alle drei Jahre statt. Die nächste Re-Zertifizierung ist im Jahr 2020. Zwischen den Zertifizierungsaudits sind jährliche Überwachungsaudits obligatorisch. Das nächste Überwachungsaudit findet am 29. November 2018 statt. Das Kantonsspital Graubünden konnte die Zertifizierungen bislang jeweils mit Bestresultaten erreichen.

Für die Erreichung einer SanaCERT Zertifizierung werden acht Qualitätsstandards bearbeitet, wobei der Grundstandard Qualitätsmanagement obligatorisch ist. Für die Re-Zertifizierung 2020 werden folgende Qualitätsstandards bearbeitet:

- Qualitätsmanagement (obligatorisch)
- Standard 5: Schmerzbehandlung (Weiterführung aus 2017)
- Standard 12: Mitarbeitende Menschen - Human Resources (Weiterführung aus 2017)
- NEU: Standard 13: Patienteninformation
- Standard 15: Ernährung (Weiterführung aus 2017)
- Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten (Weiterführung aus 2017)
- Standard 26: Sichere Medikation (Weiterführung aus 2017)
- NEU: Standard 28: Decubitusvermeidung und -behandlung

Die Qualitätsstandards werden in Arbeitsgruppen mit Auftragsvereinbarungen bearbeitet. Ebenfalls werden Auftragsvereinbarungen für die Q-Standards, welche nicht mehr für eine Re-Zertifizierung weitergeführt werden und in die Linie übergegangen sind, unterzeichnet (Aus 2017: Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation. Aus 2014: Erhebung von Patientenurteilen, Chirurgie. Aus 2011: Infektionsprävention und Spitalhygiene, Entwicklung der Pflegequalität). Dies, um die Qualitätsarbeiten weiterhin sicherzustellen und den PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen zu halten.

18.1.2 Integrales Risikomanagement

Das Kantonsspital Graubünden (KSGR) verfügt zwar seit 2008 im Finanzbereich über ein internes Kontrollsystem (IKS), doch es existierte kein unternehmensweites, systematisches Risikomanagement (RM), welches alle Departemente und alle Prozesse umfasst. Auf der Grundlage einer Analyse der Hochschule Luzern - Wirtschaft fasste die Geschäftsleitung am 19. Mai 2014 den Beschluss, mittelfristig ein klinisches Risikomanagement (kRM) einzuführen sowie langfristig die bisherigen Risikomanagement-Aktivitäten zu systematisieren und zu einem integralen Risikomanagement (iRM) zusammenzuführen. Mit der Einführung des kRM kann der letzte Baustein eines umfassenden Qualitätsmanagements (QM) im KSGR umgesetzt werden.

Die Entscheidung der Geschäftsleitung, alle Teilbereiche des RM (Umfeld, Finanzen, klinische Bereiche, Ressourcen und Krisen) systematisch unter dem Dach eines iRM zusammenzuführen, hat sich als sinnvolle Zielsetzung bestätigt. Die Workshops und Gespräche mit den Mitarbeitenden aller Departemente hatten 2015-2016 aufgezeigt, dass die **klare Zuteilung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten** für die fünf Teilbereiche des RM notwendig ist. Es ging dabei nicht darum, zusätzliche Gremien oder Kontrollinstanzen einzuführen, doch ohne eine gewisse zentrale Koordination des RM kann das Synergiepotenzial nicht ausgeschöpft werden und die Effektivität der RM-Prozesse wäre suboptimal. Die **Integration des kRM** in die Qualitäts-Organisation des KSGR wird von den Mitarbeitenden als zweckmässige und ressourcenschonende Lösung eingeschätzt. Auch dass die Geschäftsleitung des KSGR als Gremium die Leitung des iRM übernimmt, wird als sinnvoll bewertet. Die spitalweite operative Koordination des iRM durch die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement hat sich u.a. bei der Erarbeitung des zweiten iRM-Berichts als gut funktionierend erwiesen.

Im Berichtsjahr wurde der **zweite Integrale Risikomanagementbericht 2017 samt Massnahmenplan 2018** auf der Grundlage der Risikoevaluation/-prüfung und -bewertung aus dem Vorjahr erstellt und am 8. März 2018 vom Verwaltungsrat genehmigt. Bei allen Top-Risiken wurden und werden diverse Projekte und Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit durchgeführt oder eingeleitet. Im Herbst 2018 findet die nächste Risikoevaluation statt.

18.1.3 Mitarbeiterumfrage

Das Kantonsspital Graubünden hat im Herbst 2017 gemäss Umfragekonzept die dritte hausweite Mitarbeiterumfrage mit dem Messsystem der Firma meCon Measure & Consult GmbH durchgeführt. Es handelt sich um ein standardisiertes Befragungssystem, das ein externes Benchmarking mit Schweizer Vergleichspitälern ermöglicht.

Mit den aktuellen Ergebnissen werden nun weitere Massnahmen definiert und bis zur nächsten hausweiten Mitarbeiterumfrage umgesetzt.

Für weitere Informationen sei auf das Kapitel Zufriedenheitsmessungen im vorliegenden Bericht verwiesen.

18.1.4 Ambulante Patientenumfrage

Das Kantonsspital Graubünden sichert mit der Umsetzung seines Umfragekonzepts den Einbezug der Bedürfnisse von strategisch wichtigen Anspruchsgruppen unter der Prämisse der qualitativ hochstehenden Versorgung der Patientinnen und Patienten gemäss KSGR House. Als eine strategisch wichtige Anspruchsgruppe sind die ambulanten Patientinnen und ambulanten Patienten definiert. Diese Anspruchsgruppe wurde von 2009 bis 2011 in einer ersten hausweiten Umfrage durch einen externen Partner befragt. Aufgrund des Erfahrungswertes, respektive der Kosten- und Nutzenanalyse in der Revision des Umfragekonzepts in 2014, wurde in 2014 ein erstes Pilotprojekt zur Prüfung einer stationärer Dauermessung gemäss Gelber Fragebogen im ambulanten Patientensektor mit Ziel: Entwicklung eines Grüner Fragebogens durchgeführt. Die Komplexität erforderte in 2015 ein zweites Pilotprojekt. In 2016 konnte der Grüne Fragebogen nach teststatistischer Überprüfung zur Umsetzung freigegeben werden.

Aufgrund einer Kosten-Nutzenabwägung wird der Grüne Fragebogen in ausgewählten Fachbereichen eingesetzt (maximal 1-2 ambulante Fachbereiche pro Jahr). Hier zeigte sich im Berichtsjahr im ambulanten Fachbereich der Viszeralchirurgie, dass der Fragebogen sehr gut die Bedürfnisse der ambulanten Patientinnen und Patienten abzudecken vermag.

Für weitere Informationen sei auf das Kapitel Zufriedenheitsmessungen im vorliegenden Bericht verwiesen.

18.1.5 Abschluss 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 waren dies die Behandlungspartner/-innen des Kantonsspitals Graubünden (Zuweiser).

Im Berichtsjahr wurde der Schlussbericht mit dokumentierten Massnahmen zur Zuweiserumfrage 2016 von der Geschäftsleitung genehmigt. Die Massnahmen laufen weiter und werden in der nächsten geplanten Zuweiserumfrage im definierten 4-Jahreszyklus im Jahr 2020 evaluiert.

Für weitere Informationen sei auf das Kapitel Zufriedenheitsmessungen im vorliegenden Bericht verwiesen.

18.1.6 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. 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](#)

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Q-Aktivitäten

Auch im Berichtsjahr wurden wiederum eine Vielzahl von Qualitätsaktivitäten erfolgreich abgeschlossen. Im Controlling der Jahresziele der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement zeigte sich eine vollständig erfüllte Zielerreichung (100%).

Für weitere Informationen dazu sei auf das Kapitel "Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten" im vorliegenden Bericht verwiesen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierungen im Überblick

Die folgende Auflistung gibt einen guten Auszug bzw. Überblick über die vielfältigen Zertifizierungen im Kantonsspital Graubünden (chronologisch nach zugeordnetem Department; nicht abschliessend).

- Gesamtspital: SanaCERT Suisse
- Controlling: REKOLE (Standard für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler)
- Institut für Spitalpharmazie: ISO 9001:2008, ISO 9001
- Institut für Spitalpharmazie: RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken
- Institut für Spitalpharmazie: GMP - PIC
- Zentrallabor: Ringversuche Labor, Jahr: 2012, 2013/2014, 2016
- Zentrallabor: In Vorbereitung: ISO/IEC 17025 und 15189
- Radio-Onologie: ISO 9001:2008
- Handchirurgie: Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie
- rettung chur: IVR Anerkennung
- Palliative Care: Label "Qualität in Palliative Care"
- Onkologie/Hämatologie: Externe Kontrolle durch SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung)
- Rauchstoppberatung: Zertifizierung FTGS / ENSH
- Stroke Unit: Zertifizierung Stroke Unit
- Pulmonale Rehabilitation, Zertifikat ambulante pulmonale Rehabilitation
- Zertifizierung Kinderwunschzentrum
- Brustzentrum, Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) und Krebsliga Schweiz
- Endometrieosezentrum, Stiftung Endometrioseforschung
- PET Umwelt-Zertifikat: 2017 (wird ab 2017 jährlich vergeben)
- Küche: Hygienekontrolle HACCP, Jahr: 2013, 2015, 2016, 2017
- Spitaltechnik / OP: GOP (Good Operating Practice) Technik/Lüftung/Klima (OP1, OP2, OP4) KRZ, Jahr: 2008, 2011

Nähere Informationen: Siehe Pkt. 4.6 Zertifizierungsübersicht im vorliegenden Bericht:

19 Schlusswort und Ausblick

Die Antwort des Kantonsspitals Graubünden auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung in allen Bereichen unter der Prämisse der Schliessung des PDCA-Qualitätskreislaufes. Weiterentwicklung im Qualitäts- und Sicherheitsbereich heisst dabei an erster Stelle, die Patientensicherheit kontinuierlich zu sichern und zu erhöhen. Ein integrales Risiko- und Qualitätsmanagement ist dabei kein Schlagwort, sondern wird kontinuierlich im Kantonsspital Graubünden umgesetzt. Dieser ganzheitliche Ansatz verbindet dabei Bereiche innerhalb des Spitals und sorgt so für einen reibungslosen Ansatz zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

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

Monica von Toggenburg
Vorsitzende der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere 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
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)

Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
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
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
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)
Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
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
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)

Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
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. Woche und $\geq 2000g$)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq 2000g$)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq 1000g$)
Hochspezialisierte Neonatologie (< 28 . Woche und $< 1000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden bietet als Zentrumsspital der Südostschweiz mit 33 Disziplinen die meisten Behandlungsformen einer modernen Zentrums klinik an. Wir melden folgende **Ergänzungen / Anpassungen zum betrieblichen Leistungsangebot. Bitte beachten Sie auch die entsprechenden Zertifizierungen der Fachabteilungen im Kapitel 4.6 Zertifizierungsübersicht.**

Departement Institute:

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

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

Departement Innere Medizin:

Ergänzung zum Basispaket: Innere Medizin mit zertifizierter Palliativstation (qualit  palliative mit dem Label „Qualität in Palliative Care“ > siehe auch Zertifizierungen) sowie Akutgeriatrie

Präzisierung zu Haut (Dermatologie): Anstelle "Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)" umfasst die betriebliche Leistung die "Dermatologie und Venerologie" und "Dermato-Onkologie" sowie Ergänzung von "Pädiatrischer Dermatologie", "Chronische Wundpatienten", "Entzündliche Hauterkrankungen sowie Erkrankungen der angrenzenden Schleimhäute" und „Basis Dermato-Chirurgie“

Nerven medizinisch (Neurologie): Anpassung in „Zerebrovaskuläre Störungen (mit **SFCNS-zertifizierter Stroke Unit**)“, Beibehaltung der übrigen Leistungsuntergruppen

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

Gefässe: Anpassung bei „Interventionelle Radiologie (bei Gefässen Diagnostik und Therapie)“

Herz: Ergänzung mit „ambulante kardiale Rehabilitation „Kardiofit““

Lunge medizinisch (Pneumologie): Ergänzung bei „Polysomnographie“ mit „akkreditiertes Zentrum für Schlafmedizin und Heimventilation Graubünden“ durch die Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SSSSC).

Ergänzung – Interdisziplinäre Angebote:

- Immunoboard (Interdisziplinäre Sprechstunde für entzündliche Systemerkrankungen)
- Hypertonie-Sprechstunde
- Interdisziplinäres Hepatologisches Kolloquium
- Adipositas-Sprechstunde
- Tumorboards
- Amyloidose-Netzwerk

Departement Kinder- und Jugendmedizin:

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

Departement Frauenklinik:

Gynäkologie: Gyn  kologisches Ambulatorium (  rztliche Sprechstunden, Notfall), Urodynamik, Kinderwunschzentrum, Brustzentrum, Endometriosezentrum

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

Bei uns sind Sie in besten Händen

Qualitäts- und Risikomanagement

Ziele 2017 der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement

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
- 1.7 Registrierung im siris-Knie- und Hüftimplantatregister

2. Phase der sanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital 2017

- 2.1 Die Empfehlungen aus dem sanaCERT Re-Zertifizierungsauditbericht 2014 und aus den Auditberichten der Überwachungsaudits sind beurteilt und - wo sinnvoll - in Umsetzung.
- 2.2 Das Re-Zertifizierungsaudit 2017 ist erfolgreich durchgeführt.

3. Ambulante Patientenumfrage

- 3.1 Die ambulante Patientenumfrage ist in max. zwei ambulanten Fachbereichen umgesetzt.
- 3.2 Die ambulanten Fachbereiche für die ambulante Patientenumfrage 2018 sind definiert.

4. Mitarbeiterumfrage

- 4.1 Die Mitarbeiterumfrage 2017 ist umgesetzt.
- 4.2 Die Ergebnisse sind präsentiert.

5. Klinisches Risikomanagement

- 5.1 Das Risikokonzept ist verabschiedet.
- 5.2 Der Massnahmenplan ist definiert und verabschiedet.
- 5.3 Der Integrierte Risikomanagementbericht 2017 ist erstellt.

6. Beschwerdemanagement

- 6.1 Das Evaluationskonzept für das Beschwerdemanagement ist verabschiedet.

7. Interprofessionelle Peer Review (Initiative Qualitätsmedizin)

- 7.1 Die Teilnahme an einer Mitgliedschaft an der Initiative Qualitätsmedizin ist geprüft.
- 7.2 Das weitere Vorgehen ist verabschiedet.

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.

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientsicherheit.ch



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