



# Qualitätsbericht 2016

Kantonsspital Graubünden



Bei uns sind Sie in besten Händen

Version 8.0

Nach den Vorgaben von



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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 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 2016

Dr. phil.  
Tima Plank  
Qualitäts- und Risikomanagerin  
081 255 23 20  
[tima.plank@ksgr.ch](mailto:tima.plank@ksgr.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / 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. Diese Publikationen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 .....	12
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	14
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>15</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	15
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	16
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	17
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	18
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	28
4.5 Registerübersicht .....	29
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	32
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>35</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>36</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>36</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	36
5.2 Eigene Befragung .....	37
5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) .....	37
5.3 Beschwerdemanagement .....	38
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>39</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	39
6.2 Eigene Befragung .....	40
6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin .....	40
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>41</b>
7.1 Eigene Befragung .....	41
7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage .....	41
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>42</b>
8.1 Eigene Befragung .....	42
8.1.1 Zuweiserumfrage .....	42
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>43</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>43</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	43
<b>10 Operationen</b> .....	<b>45</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	45
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>47</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	47
<b>12 Stürze</b> .....	<b>50</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	50
12.2 Eigene Messung .....	51
12.2.1 Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal .....	51
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>52</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	52
13.2 Eigene Messungen .....	53
13.2.1 Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen .....	53

<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
	Im Rahmen von sanaCERT Umgang mit Akut verw. Pat. wird momentan das Delirkonzept umgesetzt	
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b>	<b>55</b>
17.1	Weitere eigene Messung	55
17.1.1	Qualitätsmessungen in Fachbereichen	55
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>56</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	56
18.1.1	sanaCERT Re-Zertifizierung	56
18.1.2	Klinisches Risikomanagement	57
18.1.3	Ambulante Patientenumfrage	57
18.1.4	Zuweiserumfrage	57
18.1.5	Kommunikation nach aussen	58
18.1.6	Patienten-Identifikation	58
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	58
18.2.1	Q-Aktivitäten	58
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	59
18.3.1	Zertifizierungen im Überblick	59
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>60</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>		<b>61</b>
	Akutsomatik	61
<b>Anhang 2</b>		<b>65</b>
<b>Herausgeber</b>		<b>67</b>

## 1 Einleitung

Die Sicherstellung der Patientensicherheit ist ein zentrales Thema im Gesundheitswesen und stellt die Basis für eine gute Patientenversorgung dar. Doch speziell in hochkomplexen Organisationen wie Spitälern können Risiken nicht vollständig eliminiert werden. Das Kantonsspital Graubünden ist sich dessen bewusst und geht die Thematik mit einem integrierenden Ansatz eines umfassenden, systematischen und prospektiven Risikomanagements ganzheitlich an. Im Berichtsjahr wurde erstmalig der Integrale Risikomanagementbericht durch den Verwaltungsrat genehmigt; gezielte Massnahmen zur Risikominimierung werden hausweit umgesetzt.

Dieser integrierende Ansatz ist nach wie vor sinnvoll, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen gewachsen zu sein. Auch in den kommenden Jahren wird das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich laut Prognose der Konjunkturforschungsstelle der ETH anhalten; die Plattformen über Spitalvergleiche boomen; das Bemühen um vergleichbare Qualitätsindikatoren ebenfalls, inklusive des Bedürfnisses nach Transparenz. Vor diesem Hintergrund ist das Kantonsspital Graubünden auf sehr gutem Weg: Die Herausforderungen sind lösbar – mit gut qualifizierten Mitarbeitenden, Kooperationen, sinnvollen Spezialisierungen und ausgewogenen Formen der Finanzierung als tragende Erfolgsfaktoren. Zur strategisch wichtigen Vernetzung trägt dabei die im Berichtsjahr erfolgte Befragung der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte bei. Die Zufriedenheit mit der Leistungsqualität des Kantonsspitals Graubünden konnte signifikant gesteigert werden. Prozessoptimierungen mit Lean Management, das zügige Fortschreiten im SUN Bauprojekt, der gesunde Zuwachs im ambulanten Sektor sowie zukunftsweisende Investitionen und ein zertifiziertes Qualitätssystem sind dabei tragende Erfolgsfaktoren für die optimale Positionierung im Gesundheitssektor.

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

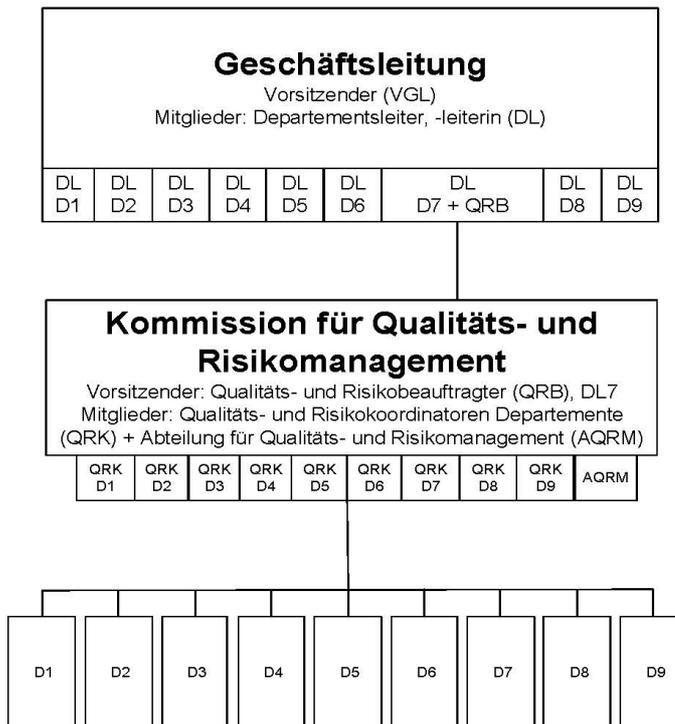
© Kantonsspital Graubünden, Chur. Freigabe durch die Geschäftsleitung am 29. Mai 2017 und durch den Verwaltungsrat am 1. Juni 2017.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organigramm Qualitätsorganisation



D1 Departement Institute  
 D2 Departement Chirurgie  
 D3 Departement ANIR (Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung)  
 D4 Departement Innere Medizin  
 D5 Departement Kinder- und Jugendmedizin  
 D6 Departement Frauenklinik  
 D7 Departement Personal, Pflege und Fachsupport  
 D8 Departement Finanzen, Informatik und Betriebe  
 D9 Entwicklung, Kooperationen und Infrastruktur

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 Sicherheit zu tragen. Im Kantonsspital Graubünden hat man sich ab 2016 für die Integration des Risikomanagements in die bestehende Organisationsstruktur entschieden. Die Organisation des Qualitäts- und Risikomanagements geschieht dabei einerseits Top-down (Qualitäts- und Risikobeauftragter 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 als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. phil. Tima Plank  
Qualitäts- und Risikomanagerin  
Kantonsspital Graubünden  
081 255 23 20  
[tima.plank@ksgr.ch](mailto:tima.plank@ksgr.ch)

Herr Heinrich Neuweiler  
Qualitäts- und Risikobeauftragter  
Kantonsspital Graubünden  
081 256 66 21  
[heinrich.neuweiler@ksgr.ch](mailto:heinrich.neuweiler@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 als auch die Werte üdes Kantonsspitals Graubünden evaluiert und je nach Bedarf angepasst. Die strategischen Erfolgsfaktoren und die strategischen Absichten sowie Initiativen werden für das Folgejahr festgelegt. Zur Konkretisierung spezifischer Fragestellungen können Teilstrategien formuliert werden. 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. Die MIS ist damit eine ganzheitlich orientierte, kennzahlenbasierte Zielfindungsmethode, welche die Strategie eines Unternehmens oder Unternehmensteile als auch relevante interne und externe Aspekte sowie deren Wechselwirkung betrachtet.

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

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

Neu ist ab 2016 das Strategieziel ‚Integriertes Risikomanagement‘ wwie folgt aufgenommen:

**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.**

Als ständiges Fachgremium berät die **Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement** die Geschäftsleitung in allen Fragen der Förderung von Qualität und Patientensicherheit. Die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement ist der Geschäftsleitung direkt unterstellt und repräsentativ über alle Departemente zusammengesetzt. Sie koordiniert Massnahmen und Projekte im Qualitäts- und Risikobereich und stellt Anträge an Entscheidungsgremien. Im Berichtsjahr wurde das Risikomanagement entsprechend integriert.

**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.
- **Dabei wird die definierte Qualitäts- und Risikostrategie** berücksichtigt oder der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat Änderungsanträge dazu unterbreitet. 10 Jahre nach Fusion des Kantonsspitals Graubünden haben in 2016 entsprechende Q-Strategieworkshops zur Standortbestimmung durch die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement

stattgefunden. Entsprechende Massnahmen wie die Durchführung einer Kosten-Nutzenanalyse der Q-Aktivitäten werden durchgeführt.

Die Qualitäts- und Risikoziele 2016 sind im Anhang hinterlegt.

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

#### **sanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital: Überwachungsaudit erfolgreich bestanden**

Gemäss Reglement über die Zertifizierung der sanaCERT suisse müssen nach erfolgreicher Zertifizierung, bis zur Re-Zertifizierung jährliche Überwachungsaudits erfolgen. Das Überwachungsaudit dient dabei zur Beurteilung, ob das von der Stiftung sanaCERT suisse zertifizierte Qualitätsmanagement-System einwandfrei weiter wirksam ist und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zu deren Ablauf gegeben sind. Am 22. November 2016 fand das zweite obligatorische sanaCERT Überwachungsaudit vor der Re-Zertifizierung im November 2017 statt. Das Audit verlief reibungslos. Die beiden sanaCERT Auditoren haben bestätigt, dass das Qualitätsmanagementsystem **einwandfrei weiter wirksam** ist. Für die beiden neuen Q-Standards Schmerzbehandlung und Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten wurde das Überwachungsaudit als Generalprobe für die Re-Zertifizierung durchgeführt. Es fanden Interviews mit den jeweiligen Projektgruppen sowie Begehungen vor Ort statt.

Im November 2017 werden folgende Q-Standards auditiert:

- Qualitätsmanagement
- Schmerzbehandlung
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Mitarbeitende Menschen - Human Resources
- Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Ernährung
- Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
- Sichere Medikation

#### **Implementierung des Integralen Risikomanagements:**

Der letzte Baustein eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems ist die Implementierung eines integralen Risikomanagements. Mit Umsetzungsstart in 2015 konnte die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement in enger Zusammenarbeit mit der Hochschule Luzern - Wirtschaft die Phase der Risikoidentifikation, Risikoanalyse und Risikobewertung in allen Departementen abschliessen. Durch die Verdichtung der Ergebnisse entstand der erste Integrale Risikomanagementbericht 2016, welcher vom Verwaltungsrat auf Empfehlung der Geschäftsleitung am 23. November 2016 genehmigt wurde. Im Bericht werden die wichtigsten Risiken des Betriebes und den diesbezüglichen Massnahmen zur Risikominimierung erstmalig ganzheitlich dokumentiert. Momentan wird der Massnahmenplan konkretisiert und ein Risikokonzept erstellt. Die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement wurde im Berichtsjahr um die Zusatzfunktion des Risikomanagement erweitert.

#### **Q-Strategieworkshops zur Standortbestimmung**

Aus Anlass der 100. Sitzung der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement am 8. März 2016 wurde durch die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement ein Q-Strategieworkshop zur Standortbestimmung (Rückschau / Vorschau) durchgeführt. Vorgängig dazu hatten die Mitglieder die Gelegenheit, mittels SWOT-Analysen eine Einschätzung des Departements einzubringen. Aufgrund der regen Diskussionen wurde ein weiterer Q-Strategieworkshop festgelegt. Hier wurde unter anderem die neue Namensbezeichnung in die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement verabschiedet (aufgrund Implementierung Risikomanagement) und der Auftrag für eine Kosten-Nutzenanalyse der Q-Aktivitäten festgelegt. Auch die personelle Zusammensetzung der Kommission wurde im Anschluss evaluiert. Zentral erscheint nach wie vor die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammensetzung aus allen Departementen, welche beibehalten wird. Im Zuge der Umsetzung des klinischen Risikomanagements werden in 2017 unter anderem auch die

Funktionsbeschriebe der Mitglieder der Kommission (neu: Qualitäts- und Risikokoordinatoren/-innen) angepasst.

**Zuweiserumfrage: Hohe Zufriedenheitswerte**

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen alle vier Jahre zu ihrer Zufriedenheit befragt. Nach 2012 stand im Berichtsjahr somit die zweite flächendeckende Zuweiserumfrage an. Durchgeführt wurde die schriftliche Umfrage in Zusammenarbeit mit einem externen Partner mittels eines standardisierten Fragebogens an zuweisende Ärztinnen und Ärzte in den Kantonen Graubünden und Glarus, in der Region St. Gallen Süd sowie im Fürstentum Liechtenstein. Die Gesamtergebnisse zeigen, dass sich das Kantonsspital Graubünden - im Vergleich mit 2012 - in allen Bereichen verbessert hat. Am deutlichsten fallen die Verbesserungen in den Bereichen Organisation und Zusammenarbeit aus. Momentan werden die Ergebnisse detailliert analysiert sowie allfällige Massnahmen erstellt bzw. umgesetzt. Der Schlussbericht wird in 2017 verfasst werden.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

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

Wie jedes Jahr, werden die Messempfehlungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ (siehe unten) durchgeführt. Die Messempfehlungen sind in den Jahreszielen 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
7. Registrierung im siris-Knie- und Hüftimplantatregister

Die Messungen verlaufen routinemässig.

### Ambulante Patientenumfrage: Freigabe Grüner Fragebogen samt Prozess

Die strategisch wichtige Anspruchsgruppe der ambulanten Patientinnen und Patienten wird im Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden berücksichtigt. Im Berichtsjahr konnte der Grüne Fragebogen zur Dauermessung der ambulanten Patientenzufriedenheit nach Abschluss eines zweiten Pilotprojektes samt hausweitem Prozess zum Grünen Fragebogen freigegeben werden. Die Geschäftsleitung sprach sich aufgrund der zur Verfügung stehenden Kapazitäten für keine Vollerhebung in den knapp 40 ambulanten Fachbereichen aus, sondern für die gezielte Auswahl von 1-2 ambulanten Fachbereichen pro Jahr. Anfangs Folgejahr werden die ambulanten Fachbereiche zum Start des Grünen Fragebogens durch die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement bestimmt.

### Stationäre Patientenumfrage: Jahresanalysebericht verabschiedet

Die Messung der stationären Patientenzufriedenheit findet mit einer Dauermessung mittels eines sogenannten Gelben Fragebogens statt. Jährlich erstellt die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement einen Analysebericht über das vergangene Jahr. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist die Analyse 2016 im Gange. Der Analysebericht des Vorjahres (2015) zeigte ein sehr positives Bild der Patientenzufriedenheit: Die knapp 3'200 ausgefüllten Fragebögen im Erwachsenenbereich und über 1'350 ausgefüllten Fragebögen im Bereich Kinder und Jugendliche zeigen generell nach wie vor sehr gute Patientenzufriedenheitswerte im Erwachsenenbereich (9.4 bei max. 10) und Kinder- und Jugendbereich (ebenfalls 9.4 bei max. 10). Die im Analysebericht dokumentierten Massnahmen belegen, dass der Qualitätskreislauf geschlossen ist. Die Ergebnisse der ANQ-Fragen im Gelben Fragebogen sind wie gewohnt tendenziell besser als die sehr guten Werte des Kantonsspitals Graubünden in der Nationalen Patientenumfrage 2015.

Ab Herbst 2016 wird der weiterentwickelte Patientenfragebogen des ANQ mit neuer Antwortskala im Gelben Fragebogen eingesetzt. Da die ANQ Fragen Teil des Gelber Fragenbogens sind, wird der Gelbe Fragebogen ab 1. Januar 2017 in angepasster Form mit den neuen ANQ-Fragen und neuer Antwortskala an die stationären Patientinnen und Patienten abgegeben. Die nächste hausweite Standortbestimmung der AQRM mit den Verantwortlichen und weiteren Interessierten findet am 19. August 2017 statt.

### Quality Dashboard 2016: Durchwegs im grünen Bereich

Die Quality Dashboard als Kennzahlensystem ermöglicht es Entscheidungsgremien, die Qualitätsentwicklung auf einen Blick zu erkennen, zu beurteilen und diese sowohl längerfristig (Strategie) als auch kurzfristig (Korrekturmassnahmen) zu steuern. Die Quality Dashboard wurde zeitlich vor dem Strategiemeeting des Verwaltungsrates/der Geschäftsleitung (Juni) von der Geschäftsleitung verabschiedet. Die zentralen Ergebniskriterien im Q-Bereich befinden sich

durchwegs im grünen Bereich. Ab Ende Berichtsjahr wurden die Zahlen des Kennzahlencockpits im Management Information System (MIS) hinterlegt.

### **Sichere Kommunikation – Erhöhte Patientensicherheit**

Mögliche Risiken der Patientenbetreuung können unter anderem durch eine sicher geführte Kommunikation verringert werden. Meist ist bezüglich eines menschlichen Fehlers nicht die fachliche Kompetenz entscheidend, sondern es sind Probleme beim Umsetzen des Wissens unter den Bedingungen der Realität und Probleme im Umgang mit der Komplexität Teamwork und Kommunikation ausschlaggebend. Zum Q-Jahresziel „Sichere Kommunikation“ konnte Dr. med. Marcus Rall, Gründer und Leiter des Instituts für Patientensicherheit (InPASS) und gefragter Experte für die Patientensicherheit, Anästhesist, D-Reutlingen für ein Impulsreferat gewonnen werden. Er präsentierte auf eindruckliche Art und Weise, wie Kommunikation gelingen kann. Aktuell ist eine Leitlinie mit dem Qualitätsprinzip der Sicheren Kommunikation in Erarbeitung; die Simulationstrainings mit Fokus der sicheren Kommunikation werden im Folgejahr weiter ausgebaut.

### **CIRS**

Das CIRS-Tool und die entsprechenden Prozesse laufen kontinuierlich. Mit einem Update der CIRS Software konnte das Tool weiterhin verbessert werden; der CIRS Gesamtreport 2015 wurde von der Geschäftsleitung verabschiedet; der CIRS/Vigilanz Gesamtreport 2016 ist zum Zeitpunkt der Berichterstellung in Erarbeitung. Die Sensibilisierung der Mitarbeitenden erfolgt laufend. Die beiden jährlichen Erfahrungsaustausche haben stattgefunden. Formal wurde der Erfahrungsaustausch in „CIRS/Vigilanz“ Erfahrungsaustausch umbenannt, da auch die Vertreter/-innen der gesetzlichen Meldesysteme und – neu ab 2016 – auch die Sturzverantwortliche am Erfahrungsaustausch teilnehmen. Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement nahm an der jährlichen CIRRNET-Tagung teil. Speziell bei dem von der Stiftung für Patientensicherheit lancierte Hot Spot der Fehletikettierungen von Laborproben konnte das Kantonsspital Graubünden wertvolle Beiträge leisten. Ein Quick Alert zu Thoraxdrainagen der Stiftung für Patientensicherheit wurde zudem in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspitals Graubünden erstellt respektive publiziert.

### **Internationaler Tag der Patientensicherheit**

Die Stiftung für Patientensicherheit lancierte auch im Berichtsjahr eine nationalweite Aktionswoche rund um den Internationalen Tag der Patientensicherheit am 17. September 2016. Der Fokus lag dabei bei auf dem Schwerpunkt der Sicheren Medikation. Übergeordnetes Ziel war wiederum, durch zahlreiche Aktivitäten und Veranstaltungen im Schweizer Gesundheitswesen aufzuzeigen, welche Themen der Patientensicherheit zentral sind und was zu ihrer Förderung durch die Leistungserbringer bereits getan wird. Das Kantonsspital Graubünden beteiligte sich an der Aktion. Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement führte zusammen mit Vertreterinnen der Stiftung für Patientensicherheit betreute Informationsstände zum Thema durch. Es wurden auf die Bearbeitung des Themas im sanaCERT Qualitätsstandard Sichere Medikation aufmerksam gemacht und die Richtlinien Sichere Medikation sowie der hausinterne Medikationsplan verteilt. Zusätzlich konnten über andere Qualitätsprojekte wie die Patienten-Identifikation oder die Sichere Chirurgie mit Plakaten informiert werden. Die Aktion verlief erfolgreich.

### **Q-Kommunikation nach aussen**

Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement wurde von der Geschäftsleitung beauftragt, die Qualitätsarbeiten im Kantonsspital Graubünden vermehrt auch nach aussen zu kommunizieren. Dazu wurden unter anderem die Partnersversicherungen des Kantonsspitals Graubünden für eine Veranstaltung am 7. April 2016 ins Kantonsspital Graubünden eingeladen. Am 2. Dezember 2016 wurde die Partnersversicherung Helsana separat eingeladen, da ihr ein Kommen im April nicht möglich gewesen war. Der Austausch war beiderseitig wertvoll. Nach wie vor steht ein partnerschaftliches Miteinander im Zentrum der Q-Arbeiten.

### 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 nach sanaCERT Suisse für den Gesamtbetrieb wird aufrechterhalten. Nur durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung wird der Qualitätsgedanke und die Patientensicherheit gesichert und gefördert. Das Integrierte Risikomanagement wird nach der ersten Umsetzungsphase im Berichtsjahr mit grosser Sorgfalt und Nachhaltigkeit stetig im Betrieb 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 Graubündens nach aussen soll intensiviert werden. Delegationsbesuche von Spitalern 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](http://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 im Berichtsjahr fristgerecht die vom Gesundheitsamt Graubünden angefragten Unterlagen samt Selbstdeklarationsformular dem Gesundheitsamt Graubünden zugestellt. 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 ist zudem auf seinen Wunsch hin gerne eingeladen, am Re-Zertifizierungsaudit des Gesamtsitals im November 2017 als Beobachter teilzunehmen.

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserumfrage

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

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### sanaCERT

<b>Ziel</b>	Re-Zertifizierung 2017
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011 andauernd
<b>Begründung</b>	Freiwillige hausweite Zertifizierung zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Erhöhung der Patientensicherheit

##### Integrales Risikomanagement

<b>Ziel</b>	Implementierung Integrales Risikomanagement
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011 in Zusammenarbeit mit der Hochschule Wirtschaft Luzern
<b>Begründung</b>	Umsetzung Risikomanagement als letzter Baustein eines umfassenden QM-Systems. Erster Integrale RM-Bericht 2016 vom Verwaltungsrat in 2016 genehmigt

##### Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit

<b>Ziel</b>	Nächste hausweite Mitarbeiterumfrage in 2017 mit Evaluation der Massnahmen aus 2013
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2008 alle vier Jahre gemäss Umfragekonzept Kantonsspital Graubünden

##### Patientenumfrage stationär

<b>Ziel</b>	Dauermessung stationäre Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen inklusive ANQ-Fragen)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Hausweit und automatisiert ab 01.01.2013, ab 01.01.2017 an die weiterentwickelten ANQ-Fragen angepasst

## Patientenumfrage ambulant

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

## Lean Management

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

## Prozessmanagement

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

## Qualitätsentwicklung im Pflegedienst

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

## Umfragetool EvaSYS

<b>Ziel</b>	Automatisierung aller hausinternen Umfragen (Patientenbefragung, Schulungsevaluationen)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2009 im Einsatz, KSGR als Beta-User in der Weiterentwicklung des Tools involviert

## Krebsregister

<b>Ziel</b>	International Agency for Research on Cancer IARC
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pathologie
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2008
<b>Begründung</b>	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)

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

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

## Einsatz von E-Learning Tools für Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	E-Learning als effizienter Weg, reine Wissensinhalte auf ökonomische Weise breit zu vermitteln.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Oktober 2011 - andauernd

## Konzept Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Optimaler Umgang mit Beschwerden, Durchführung BM-Schulungen, Evaluation BM in 2017
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2013

## CIRS

<b>Ziel</b>	Hausweite CIRS Umsetzung im Rahmen der sanaCERT Zertifizierung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2011
<b>Begründung</b>	Lernpotenzial und Erhöhung der Sicherheit durch gut funktionierendes CIRS-System mit Meldekreis-Organisation und Software samt anonymisierter Fallverfolgungsmöglichkeit und integrierter Massnahmendatenbank, Verbindung zum CIRRNED, SWOT Analyse laufend

## Konzept Krisenmanagement bei kritischen Ereignissen mit Patientenschaden

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

## Datenschutzkonzept

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

## Patientenverfügung

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

## Refreshing Intranet

<b>Ziel</b>	Erhöhung Benutzerfreundlichkeit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Start neuer Intranetauftritt per 01.03.2016

## Radiologie-Informations-System (RIS)

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

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

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

## Kampagnen H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

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

## Progress! Sichere Chirurgie

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

## Qualitätszirkel

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

## ANQ Messempfehlungen

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

## Mitglied H+ Branchenlösung zur Arbeitssicherheit

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

## Konfliktmanagement

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

## Sichere Patienten-Identifikation

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

## Interne Audits QM

<b>Ziel</b>	Im Rahmen der sanaCERT Re-Zertifizierung und/oder auf Wunsch der Fachbereiche
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Begründung</b>	2016 Grosse Auditrunde auf allen Bettenstationen im Rahmen von sanaCERT, 2016: Internes Audit Radio-Onkologie (für ISO-Zertifizierung), interne Q-Audits in 2017 in Planung

## Interne Audits Room-Service

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

## Interne Audits bei der Leistungserfassung (LEP)

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

## Pflege-Audits

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

## Audit / Revisionen

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

## Internes Kontrollsystem (IKS)

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

## Schmerzkonzept für Patientinnen und Patienten

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

## Teilnahme an diversen wissenschaftlich-medizinischen Forschungsstudien und anderen Forschungsstudien

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

## IPS Qualitätsbericht

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

## Absenzenmanagement bei Krankheit oder Unfall

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

## Akkreditierung Zentrallabor

<b>Ziel</b>	International akzeptierte Qualitätskriterien, extern überprüft.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Departement Institute, medizinisches Labor
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Ab 2017/2018 (in Erarbeitung)

## Einführung Zutrittskontrollsystem

<b>Ziel</b>	Kein Zutritt für unbefugte Personen in Gebäude des KSGR
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend

## Public Internet

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

## Erhebung der Kurszufriedenheit

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

## Austrittsumfrage KSGR-Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserung des KSGR als attraktive Arbeitgeberin
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2017

## Konzept Transkulturelle Kompetenz

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

## Q-Projekt Atemnot

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

## Zertifizierung Stroke Unit

<b>Ziel</b>	Zertifizierung durch die SFCNS Hirnschlagkommission mit sehr gutem Ergebnis
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Departement Innere Medizin
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Ab 2016

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 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.

##### Bemerkungen

Dem Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS) misst das Kantonsspital Graubünden einen hohen Stellenwert bei. Vor 2013 noch in den verschiedensten Fachbereichen individuell umgesetzt, ist CIRS seit 2013 **flächendeckend**, d.h. hausweit standardisiert. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen der sanaCERT Zertifizierung. Im CIRS Konzept des Kantonsspitals Graubünden ist die grundlegende Definition eines kritischen Zwischenfalls enthalten: Ein kritischer Zwischenfall ist ein Ereignis, welches *eine oder mehrere Personen gefährdet oder schädigt*. Diese Definition bewährt sich nach wie vor. Die CIRS Organisation beinhaltet 21 Meldekreisen mit definierten Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten pro Departement bzw. Fachbereich. Die eingesetzte Software CIRS-Meldeportal wird laufend mit dem externen Partner weiterentwickelt. Ab 2013 wird mit der anonymisierten Fallverfolgung und integrierten Massnahmendatenbank der PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen. 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 und - neu ab 2016 - auch die Vigilanzsysteme samt dokumentierten Massnahmen aus CIRS- und Vigilanzfällen informiert.

Das CIRS-System wurde in den bisherigen sanaCERT Zertifizierungen jeweils mit Bestnoten beurteilt; die nächste externe Überprüfung findet im sanaCERT Re-Zertifizierungsaudit im November 2017 statt.

## 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](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2012
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	1994
<b>FIVNAT-CH</b> Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM <a href="http://www.fivnat-registry.ch">www.fivnat-registry.ch</a>	2012
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2000
<b>Infreporting</b> Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.mibb.ch">www.mibb.ch</a>	2009
<b>SBCDB</b> Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	2014
<b>SIBDCS</b> SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich <a href="http://ibdcohort.ch/">http://ibdcohort.ch/</a>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2011

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

### Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden meldet folgende Ergänzungen im Bereich Register:

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

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

Zürich. Teilnahme seit 1. Juli 2014.

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001-2000/ ISO 9001:2008	Institut für Spitalpharmazie	2006	2016	
GMP - PIC	Institut für Spitalpharmazie	1998	2014	Das Institut für Spitalpharmazie im 2009 durch die regionale Fachstelle Zentral- und Ostschweiz nach GMP und PIC auditiert zum Zweck die kantonale Herstellungsbewilligung und die Swissmedic Gross-Handelsbewilligung zu verlängern.
IVR-Anerkennung	rettung chur	2002	2016	Die Re-Zertifizierung konnte erfolgreich bestanden werden.
sanaCERT suisse	Kantonsspital Graubünden	Erstzertifizierung in 2011	Re-Zertifizierung in 2017	Das Kantonsspital Graubünden hat in 2014 das Re-Zertifizierungsaudit durch sanaCERT suisse, der Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, mit Bestnoten erreicht. Die Überwachungsaudits 2016/ 15 verliefen sehr gut.
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 am 03.04.2012 die Erst-Zertifizierung des Labels SQPC (Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care) mit 162 von möglichen 168 Punkten erreicht. Die Re-Zertifizierung ist am 29.06.2017.
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	2016	Alle Anforderungen sind erfüllt.
QUALAB Ringversuche Labor	Zentrallabor	2012	2016	
Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie	Handchirurgie	2013	2013	
Externe Kontrolle durch SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung)	Onkologie / Hämatologie	2012	2012	
Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) und Krebsliga Schweiz	Senologie	2014	2017 (geplant)	Projekt / Zertifizierung in Vorbereitung
Akkreditierung nach EN/ISO 15189	Zentrallabor	2017	2018 (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	
Zertifizierung ISO 9001:2008	Institut für Radio-Onkologie	2016	2016	
Zertifizierung Stroke-Unit	Stroke Unit	2016	2016	
REKOLE	Controlling	2011	2015	Standards für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler
Kinderwunschzentrum	Frauenklinik, Kinderwunschzentrum	2016	2016	
Endometriose	Frauenklinik, Endometriosezentrum	2017	In Planung	Zertifizierung gemäss Stiftung Endometrioseforschung
PET Umwelt-Zertifikat	PET Recycling Schweiz	2017	2017	Wird ab 2017 jährlich vergeben

### Bemerkungen

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

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

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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

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

Die Daten aus der Patientenumfrage 2016 des ANQ liegen den Spitalern seit anfangs April 2017 vor, jedoch erst in der prozentuellen Verteilung der Antwortkategorien. Da es sich um die erste Auswertung im Erwachsenenbereich mit dem neu entwickelten Fragebogen handelt und die entsprechenden Zufriedenheitskwerte (Mittelwerte) der Fragen erst im Nationalen Vergleichsbericht im Herbst 2017 erwartet werden, können die Werte noch nicht eingetragen werden. Eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresmessungen ist nicht möglich. Im Pädiatriebereich wird nach wie vor der ursprüngliche ANQ Fragebogen mit 10er Skala eingesetzt. Hier sind Vorjahresvergleiche möglich.

Im Vergleich der vorliegenden Werte (prozentuelle Antwortverteilung) kann jedoch bereits jetzt gesagt werden, dass das Kantonsspital Graubünden auch mit der neuen Messung 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 86.5 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. Kritische Feedbacks oder Beschwerden werden mit definierten Prozessen und Verantwortlichkeiten bearbeitet. In einem jährlichen Analysebericht werden neben Statistika auch Massnahmen dokumentiert. Seit 2017 wird im ambulanten Patientenbereich der eigens entwickelte und statistisch überprüfte Grüne Fragebogen in ausgewählten Fachbereichen eingesetzt.

#### Angaben zur Messung

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

## Bemerkungen

Der Rücklauf des Kantonsspitals Graubünden liegt weiterhin über dem Schweizer Rücklauf.

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)

Die Zufriedenheit der stationären Patientinnen und Patienten wird im Kantonsspital Graubünden 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 ksgr-spezifische Elemente des ärztlichen und pflegerischen Aspektes und zwei offene Kommentarfragen. Im Berichtsjahr wurden die weiterentwickelten ANQ-Basisfragen in den Gelben Fragebogen eingebaut. Der aktualisierte 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 Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden.

Zusätzlich wurde im Berichtsjahr das zweite Pilotprojekt zur Entwicklung eines Grünen Fragebogens zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit erfolgreich abgeschlossen. Der Grüne Fragebogen, welcher auch einer statistischen Überprüfung sehr gut standhielt, wird ab 01.01.2017 in ausgewählten ambulanten Fachbereichen eingesetzt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

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

Das untersuchte Kollektiv beinhaltet alle stationären Patientinnen und Patienten im Erwachsenenbereich. Auch im pädiatrischen Bereich wird die Dauermessung zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit durchgeführt. Hier erfolgt eine Anpassung des Gelben Fragebogens an die neuen Basisfragen des ANQ, sobald diese vorliegend sind (ca. 2017/2018).

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung wird die hausweite Analyse über den gelben Fragebogen abgeschlossen. Es zeichnet sich eine ebenso hohe Patientenzufriedenheit wie in den Vorjahren aus. Der Analysebericht 2016 wird wiederum neben des statistischen Teils Beispiele von getroffenen Massnahmen enthalten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Der Gelbe Fragebogen zur Dauermessung der stationären Patientenzufriedenheit beinhaltet die ANQ-Basisfragen

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Kantonsspital Graubünden**

Stabsstelle Haftpflichtfragen/Beschwerden

Lucia Rabia Schäfli

Leiterin Stabsstelle Haftpflichtfragen/

Beschwerden

081 256 67 05

[lucia.rabia@ksgr.ch](mailto:lucia.rabia@ksgr.ch)

Das Kantonsspital Graubünden verfügt seit

01.01.2013 über ein flächendeckend

eingeführtes Beschwerdemanagement mit

Beschwerdeverantwortlichen pro

Departement (1x jährlich ERFA).

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
	2013	2014	2015	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.80	8.93	9.10	8.64 (0.00 - 0.00)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.44	8.96	8.87	8.55 (0.00 - 0.00)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.88	8.78	8.69	8.81 (0.00 - 0.00)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.74	9.06	8.83	8.60 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.41	9.51	9.51	9.19 (0.00 - 0.00)

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

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

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

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

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

Auch im pädiatrischen Patientenbereich verzeichnet das Kantonsspital Graubünden 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. Der entsprechende Fragebogen richtet sich an die Eltern bzw. Bezugspersonen respektive an die Jugendlichen selbst. Der Fragebogen beinhaltet ebenso wie im Erwachsenenbereich die ANQ-Pädiatriefragen. Auch hier zeigt sich eine permanent hohe Zufriedenheit bei den Eltern bzw. Jugendlichen, welche noch über der Zufriedenheit der nationalen ANQ Befragung liegt.

#### Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>			
Anzahl angeschriebene Eltern 2016	182		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	78	Rücklauf in Prozent	43.00 %

## 6.2 Eigene Befragung

### 6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin

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.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Messung der stationären Patientenzufriedenheit findet laufend auf der Kinderstation und Kinderintensivstation statt.

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

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 ist dies - nach 2008 und 2013\* - wieder im Jahr 2017 der Fall.

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

Die Mitarbeiterzufriedenheit im Kantonsspital Graubünden ist generell hoch. Die Ergebnisse werden transparent auf der Website des Kantonsspitals Graubünden aufgeschaltet: <https://www.ksg.ch/qualitaetsindikatoren.aspx>

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

Angaben zur Messung	
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) war dies - nach 2012 - wieder im Jahr 2016 der Fall. Das Kantonsspital Graubünden hat eine Stelle für die Kommunikation mit den Behandlungspartner/-innen. Die Leiterin 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.kmgr.ch/kontakt-zuweiser.aspx>

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom April 2016 bis Juni 2016 durchgeführt. Messung der Zufriedenheit von allen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen im gesamten Marktgebiet des Kantonsspitals Graubünden (GR, GL, SG-Süd, FL).

Insgesamt wurden 873 Fragebögen an zuweisende Ärztinnen und Ärzte in den Kantonen Graubünden und Glarus, in der Region St. Gallen Süd sowie im Fürstentum Liechtenstein verschickt. Die Rücklaufquote betrug mit 210 gültigen Fragebögen 24.1 Prozent. Bei der Umfrage 2016 haben sich im Vergleich zu 2012 prozentual mehr Grundversorger (2016: 56.8%; 2012: 52.9%) sowie mehr Viel-Zuweisende (mehr als 10 Patienten pro Jahr 2016: 78.6%; 2012: 73.2%) beteiligt. Die Resultate auf Ebene Gesamtspital zeigen, dass sich das KSGR in allen Bereichen verbessert hat (Leistungsspektrum, Organisation, Einweisungsprozess, Zusammenarbeit, Berichtswesen und Patienten/Image). Am deutlichsten fallen die Verbesserungen in den Bereichen Organisation und Zusammenarbeit aus. In den pauschal beurteilten Schlussfragen zur allgemeinen Zufriedenheit der Zuweisenden mit dem Spital zeigt sich, dass die Zuweisenden heute deutlich zufriedener sind als noch vor vier Jahren.

Die Massnahmen aus der Umfrage 2016 werden in der nächsten Zuweiserumfrage im Jahr 2020 evaluiert werden.

Angaben zur Messung	
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, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Ergebnis** (A, B oder C)	B	B	B	B

\*\* Wertung der Ergebnisse:

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

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

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

Die Werte des Kantonsspitals Graubünden zu den potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen und potenziell vermeidbaren Reoperationen liegen im normalen Bereich. Seit 01.01.2017 wird der neue SQLape Monitor eingesetzt. Erste Analysen mit den Medizinischen Statistik (BFS-Daten) 2016 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 - laufen zum Zeitpunkt der Berichterstellung.

Der ANQ informierte anfangs 2017, dass die Auswertung 2016 der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen und Reoperationen mit den Daten der Medizinischen Statistik 2015 durchgeführt wird, sobald die definitiven BFS-Daten 2015 vorliegen. Die Ergebnisse der Auswertung 2016 der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen wird der ANQ gegen Ende 2017 erstmals transparent veröffentlichen.

#### Angaben zur Messung

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

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

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

#### Messergebnisse

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

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

\*\* Wertung der Ergebnisse:

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

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

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

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

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

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

#### Angaben zur Messung

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

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

## 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 und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

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

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	0	0	-	3.70%	4.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	0	0	19.20%	17.70%	15.40%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	0	0	0.60%	2.90%	0.60%	0.00% (0.00% - 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

Die aktuellen Messwerte der Erfassungsperiode vom 1. Oktober 2015 bis 30. September 2016 für die Eingriffe ohne Implantat und vom 1. Oktober 2014 bis 30. September 2015 für die Eingriffe mit Implantat wurden von SwissNOSO im Februar 2017 an die Spitäler versandt. Momentan werden die Ergebnisse hausintern analysiert.

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

Hinsichtlich postoperativer Wundinfektraten bei der Kolonchirurgie konnte die Wundinfektrate während der letzten Jahre kontinuierlich gesenkt werden (von 19.2% auf 15.4% in 2015). 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. Es kann sein, dass es sich hierbei um einen Ausreisser gehandelt hat, was bei aseptischen Operationen mit kleinen absoluten Infektzahlen durchaus der Fall sein kann. Die aktuellen Ergebnisse mit Erhalt Februar 2017 werden, wie anfangs erwähnt, zum Zeitpunkt der Berichterstellung analysiert.

Die Fachabteilung Infektiologie/Spitalhygiene setzt nach wie vor Massnahmen wie internen Audits, Schulungen oder Informationsanlässe wie z.B. am Internationalen Tag der Händehygiene durch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

	2013	2014	2015	2016
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	4	6	3	
In Prozent	2.10%	3.60%	3.10%	-

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

Die Sturzinzidenzraten der Vorperioden liegen im normalen Bereich. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung sind die Ergebnisse der Nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus 2016 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).

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre).</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

### Bemerkungen

Weiterhin wird an der Qualitätsverbesserung auch in diesem Bereich gearbeitet. Das Sturzkonzept des Kantonsspital Graubündens wurde überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Die Pflegeexpertinnen des Kantonsspitals Graubünden befassen sich laufend mit der Thematik.

## 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.

Während des Berichtsjahres 2016 erfolgte die Implementation in die Software mit breiter Testung. Mit den ersten Analysen kann in der zweiten Jahreshälfte 2017 gerechnet werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

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

Angaben zur Messung	
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. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

#### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	3	6	3		-
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	6	3		-

#### Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	1	0		-
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	0		-

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

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

Die Dekubituserfassung bei Kindern wurde vom ANQ erst ab 2013 eingeführt. Aus diesem Grund sind für 2012 keine Werte für die Dekubituserfassung bei Kindern ausgewiesen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung sind die ANQ Ergebnisse zur Prävalenzmessung Sturz/Dekubitus 2016 eingetroffen und werden intern plausibilisiert. Notabene: Bei Stichtagsmessungen (wie hier der Fall) können sogenannte zufällige "Ausreisser" durchaus möglich sein.

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

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre).</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 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 2016 durchgeführt.

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

#### 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. Es wird jeweils darauf geachtet, dass der PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen ist.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 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 2017. Zwischen den Zertifizierungsaudits sind jährliche Überwachungsaudits obligatorisch. 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 2017 werden folgende Qualitätsstandards bearbeitet:

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

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

### 18.1.2 Klinisches Risikomanagement

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

2016 erfolgte in allen Departementen Workshops und Interviews zur systematischen Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung. Am 23. November 2016 wurde der erste Integrale Risikomanagementbericht durch den Verwaltungsrat des Kantonsspitals Graubünden genehmigt. Im Bereich des kRM fand die Integration der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in die Qualitätsorganisation statt. Nach zwei Q-Strategieworkshops der ehemaligen Qualitätskommission wurde die Kommission gemäss Integration des Risikomanagements in die "Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement" umbenannt; das revidierte Reglement wird samt revidierten Stellen- und Funktionsbeschreibungen in 2017 verabschiedet werden. Damit sind auch die formalen Grundlagen erfüllt.

### 18.1.3 Ambulante Patientenumfrage

Nach der Dauermessung bei der strategisch wichtigen Anspruchsgruppe der stationären Patientinnen und Patienten wurde ab 2015 das zweite Pilotprojekt zur Entwicklung eines reliablen und validen Fragebogens samt entsprechendem Prozess im Erwachsenenbereich abgeschlossen. In 2016 genehmigte die Geschäftsleitung den eigenen dafür entwickelten Grünen Fragebogen. Ab 2017 wird in ausgewählten ambulanten Fachbereichen die Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit automatisiert umgesetzt. Es wird zudem die Möglichkeit eines Pilotprojekts im Pädiatriebereich geprüft, um den Grünen Fragebogen an die Bedürfnisse einer Elternbefragung anzupassen.

Der entsprechende Gesamtzufriedenheitsindex fliesst ins Management-Informationssystem (Cockpit relevanter Kennzahlen für das Unternehmen) ein.

### 18.1.4 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).

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

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

### 18.1.5 Kommunikation nach aussen

Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement wurde von der Geschäftsleitung beauftragt, die Qualitätsarbeiten im Kantonsspital Graubünden vermehrt auch nach aussen zu kommunizieren. Dazu wurden unter anderem die Partnerversicherungen des Kantonsspitals Graubünden für Veranstaltungen ins Kantonsspital Graubünden eingeladen. Der Austausch war beiderseitig wertvoll. Nach wie vor steht ein partnerschaftliches Miteinander im Zentrum der Q-Arbeiten.

Das Kantonsspital Graubünden wurde zudem eingeladen, einen Beitrag in der Schriftenreihe zur Patientenzufriedenheit für die Publikation «Zufriedenheitsbefragungen im Gesundheitswesen - eine kritische Standortbestimmung», Herausgeber der Schriftenreihe: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Inselspital – Universitätsspital Bern, QM zu verfassen. Die Schriftenreihe wurde am 13. Oktober 2016 mit einer Tagung publiziert.

Daneben beteiligt sich das Kantonsspital Graubünden mit Informationsständen jeweils an der Aktionswoche der Stiftung für Patientensicherheit, Zürich zum jährlichen Internationalen Tag der Patientensicherheit. In der Regel sind auch Vertreterinnen der Stiftung für Patientensicherheit anwesend. Zu verschiedenen Themen der Stiftung für Patientensicherheit konnte das Kantonsspital Graubünden namhafte Beiträge leisten (z.B. Quick-Alert Thorax-Drainage, Beiträge zu CIRNET Jahrestagungen, Mithilfe bei look-a-like Arzneimitteln).

### 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 2016

### 18.2.1 Q-Aktivitäten

Auch im Berichtsjahr wurden wiederum eine Vielzahl von Qualitätsaktivitäten erfolgreich abgeschlossen. 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, Jahr: 2011, 2014, 2017
- Controlling: REKOLE (Standard für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler), Jahr: 2011, 2015
- Institut für Spitalpharmazie: ISO 9001:2008, ISO 9001, Jahr: 2000, 2006, 2010, 2013, 2016
- Institut für Spitalpharmazie: RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken, Jahr: 2000, 2006, 2010, 2013
- Institut für Spitalpharmazie: GMP - PIC, Jahr: 2004, 2009, 2014
- Zentrallabor: Ringversuche Labor, Jahr: 2012, 2013/2014, 2016
- Zentrallabor: In Vorbereitung: ISO/IEC 17025 und 15189, Jahr: 2017
- Handchirurgie: Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie, Jahr: 2013 (gültig bis 2017)
- rettung chur: IVR Anerkennung, Jahr: 2002, 2007, 2013, 2016
- Palliative Care: Label "Qualität in Palliative Care", Jahr: 2012, 2017 (alle fünf Jahre)
- Onkologie/Hämatologie: Externe Kontrolle durch SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung), Jahr: 2012
- Rauchstoppberatung: Zertifizierung FTGS / ENSH, Jahr: 2016
- Stroke Unit: Zertifizierung Stroke Unit, Jahr: 2016
- Senologie, Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) und Krebsliga Schweiz, Jahr: 2017 (geplant)
- Endometriosezentrum, Stiftung Endometrioseforschung, Jahr: 2017 (geplant)
- Spitaltechnik / OP: GOP (Good Operating Practice) Technik/Lüftung/Klima (OP1, OP2, OP4) KRZ, Jahr: 2008, 2011
- PET Umwelt-Zertifikat: 2017 (wird ab 2017 jährlich vergeben)
- Küche: Hygienekontrolle HACCP, Jahr: 2013, 2015, 2016, 2017

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Antwort des Kantonsspitals Graubünden auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung in allen Bereichen unter Schliessung des PDCA-Qualitätskreislaufes. Weiterentwicklung im Qualitätsbereich heisst dabei an erster Stelle, die Patientensicherheit kontinuierlich zu sichern und zu erhöhen. Risikomanagement ist dabei kein Schlagwort, sondern wird pragmatisch im Kantonsspital Graubünden umgesetzt. Nach einer intensiven Phase der Risikoidentifikation, Risikobewertung und Risikoanalyse werden ab 2017 entsprechend Massnahmen zur Minimierung der Risiken umgesetzt respektive sind in Umsetzung. Der integrale Ansatz verbindet dabei Bereiche innerhalb des Spitals und sorgt so für einen reibungslosen Ansatz zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

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

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



Freundliche Grüsse

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

Heinrich Neuweiler

Vorsitzender der 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](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
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
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)
Glaukom
Katarakt
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie

Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen intrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
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
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
<b>Transplantationen</b>

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

### Bemerkungen

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

#### Departement Institute:

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

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

**Departement Chirurgie:**

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

**Departement Innere Medizin:**

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

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

Blut (Hämatologie): Aggressive Lymphome (Wegfall von „... und akute Leukämien“), Wegfall "Autologe Stammzelltransplantation"

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

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

Transplantationen: Wegfall dieser Rubrik

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, Kinderhämatologie/ Kinderonkologie, Kinderorthopädie/ Neuroorthopädie, Kinderpneumologie, Allergologie und Immunologie, Kinderpolysomnographie, Kinderrheumatologie, Neuropädiatrie/ EGG, Kinder- und Jugendpsychiatrie (stationär)

**Departement Frauenklinik:**

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

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

Bei uns sind Sie in besten Händen

Qualitäts- und Risikomanagement

## Ziele 2016 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

Anmerkung: Registrierung im siris-Wirbelsäulenimplantatregister (Dauererhebung/Messung neu ab 2017)

### 2. Phase der sanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital

- 2.1 Die Empfehlungen aus dem sanaCERT Re-Zertifizierungsauditbericht 2014 sind beurteilt und - wo sinnvoll - in Umsetzung.
- 2.2 Das Überwachungsaudit 2016 ist erfolgreich durchgeführt.

### 3. Ambulante Patientenumfrage

- 3.1 Das hausweite Vorgehen bezüglich ambulanter Patientenumfrage ist von der Geschäftsleitung verabschiedet.
- 3.2 Erste Schritte zur hausweiten Umsetzung sind erfolgt.

### 4. Zuweiserumfrage

- 4.1 Die Zuweiserumfrage 2016 ist umgesetzt.
- 4.2 Die Ergebnisse sind präsentiert.

### 5. Klinisches Risikomanagement

- 5.1 Eine Risikoidentifikation und Risikobewertung ist hausweit durchgeführt.
- 5.2 Der Integrierte Risikomanagementbericht 2016 ist erstellt und verabschiedet.
- 5.3 Das weitere Vorgehen (Massnahmen) ist verabschiedet.

**6. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)**

- 6.1 Das Konzept zum Kontinuierlichen Verbesserungsprozess ist verabschiedet (in Übereinstimmung mit Lean Management KSGR).
- 6.2 Die hausweite Umsetzung des Konzepts ist gestartet.

**7. Sichere Kommunikation: Wiederholung von Aufträgen**

- 7.1 Die Wiederholung von Aufträgen ist in relevanten Richtlinien und Guidelines aufgenommen bzw. verankert.
- 7.2 Ein Impulsreferat zur sicheren Kommunikation ist durchgeführt.

**8. Jährliche Qualitätsberichte: H+ Branchenlösung Qualität und Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement**

- 8.1 Qualitätsbericht nach der H+ Branchenlösung Qualität 2015 ist verabschiedet und veröffentlicht.
- 8.2 Jahresbericht 2015 der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement und des Qualitäts- und Risikomanagements ist verabschiedet und veröffentlicht.

**9. Quality Dashboard 2016**

- 9.1 Massnahmen aus den Kennzahlen sind aufgenommen.
- 9.2 Integration der Quality Dashboard ins MIS Management-Informationssystem ist in Bearbeitung.
- 9.3 Quality Dashboard 2016 ist von der Geschäftsleitung verabschiedet.

**10. Sammlung aller Qualitätsaktivitäten KSGR 2016**

- 10.1 Sammlung aller Qualitätsaktivitäten des Kantonsspitals Graubünden 2016 ist erstellt.
- 10.2 Sammlung der gesetzlichen Qualitätsaktivitäten 2016 des Kantonsspitals Graubünden ist vom Verwaltungsrat verabschiedet.
- 10.3 Liste der in den Geschäftsleitungssitzungen behandelten Qualitätsthemen 2016 ist erstellt.

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://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](http://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](http://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](http://www.anq.ch)



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

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



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