



# Qualitätsbericht 2018

## Kantonsspital Graubünden



Bei uns sind Sie in besten Händen

Nach den Vorgaben von



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau Dr. phil.  
Tima Plank  
Qualitäts- und Risikomanagerin  
+ 41 81 256 71 92  
[tima.plank@ksgr.ch](mailto:tima.plank@ksgr.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	12
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>13</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	13
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	14
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	15
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	16
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	26
4.5 Registerübersicht .....	28
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	31
<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 .....	38
5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) und zur Erhebung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen) .....	38
5.3 Beschwerdemanagement .....	39
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>40</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	40
6.2 Eigene Befragung .....	41
6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin. In 2018: Pilotprojekt zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit .....	41
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>42</b>
7.1 Eigene Befragung .....	42
7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage .....	42
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>44</b>
8.1 Eigene Befragung .....	44
8.1.1 Zuweiserumfrage .....	44
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>45</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>45</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	45
<b>10 Operationen</b>	
Der ANQ weist ab dem Berichtsjahr KEINE potenziell vermeidbare Reoperationsrate mehr aus. Die Messempfehlung ist aus dem ANQ Messplan gestrichen.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>47</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	47
<b>12 Stürze</b> .....	<b>49</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	49
12.2 Eigene Messung .....	50
12.2.1 Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal .....	50
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>51</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	51

13.2	Eigene Messungen .....	53
13.2.1	Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen .....	53
<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....</b>	<b>54</b>
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	54
14.1.1	Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten .....	54
<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	Integrales Risikomanagement .....	57
18.1.3	Mystery Patient Pilotprojekt (ambulanter Bereich) .....	57
18.1.4	Patienten-Identifikation .....	58
18.1.5	Feedbacktool .....	58
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	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>66</b>

## 1 Einleitung

Die Schweiz hat im Berichtsjahr 2018 die Niederlande als bestes Gesundheitssystem in Europa abgelöst. Das geht aus dem neuen Ranking des aktuellen Euro Health Consumer Index (EHCI) hervor, welches jährlich das Gesundheitssystem von 35 europäischen Ländern vergleicht. Diesem 1. Rang gegenüber steht der Ruf eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt zu sein. Und gerade in diesem Spannungsfeld ist es immens wichtig, den Patientinnen und Patienten qualitativ hochstehend zu versorgen. Das Kantonsspital Graubünden ist überzeugt, im Sinne des Kernauftrages medizinische und pflegerische Leistungen in der bestmöglichen Qualität wirtschaftlich zu erbringen.

Für die Erreichung dieser Ziele sind verschiedene Aspekte wichtig: Mit einem etablierten **Integralen Risikomanagement** und der laufenden **Bearbeitung von zentralen Aspekten der Patientenversorgung in den acht Standards der Zertifizierung nach SanaCERT Suisse**, der unabhängigen Schweizerischen Stiftung für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird kontinuierlich die Patientensicherheit gewährleistet und erhöht. Die Massnahmen aus der letztjährigen sehr **positiven Mitarbeiterumfrage** werden nun - nach gezielter Analysen - kontinuierlich umgesetzt. **Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten** als eine Quelle der kontinuierlichen Weiterentwicklung im Sinne des "Patient first" werden aktuell in einer Software samt Workflow zusammen mit einer externen Firma pilotiert. Die Bauarbeiten zum **SUN Projekt** schreiten gut voran; in 2019 wird bereits die Kinderklinik bezugsfertig sein.

Dies alles - und noch vieles mehr - erachten wir als zentrale Grundlage, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen weiterhin gewachsen zu sein.

Das Kantonsspital Graubünden als Zentrumsspital der Südostschweiz wächst und mit ihm die Verantwortung. Flagge ist und bleibt dabei die optimale, qualitativ hochstehende Versorgung für die Patienten und Patientinnen. Um dieses zu erreichen, braucht es Mut, Klarheit und einen unermüdlischen 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



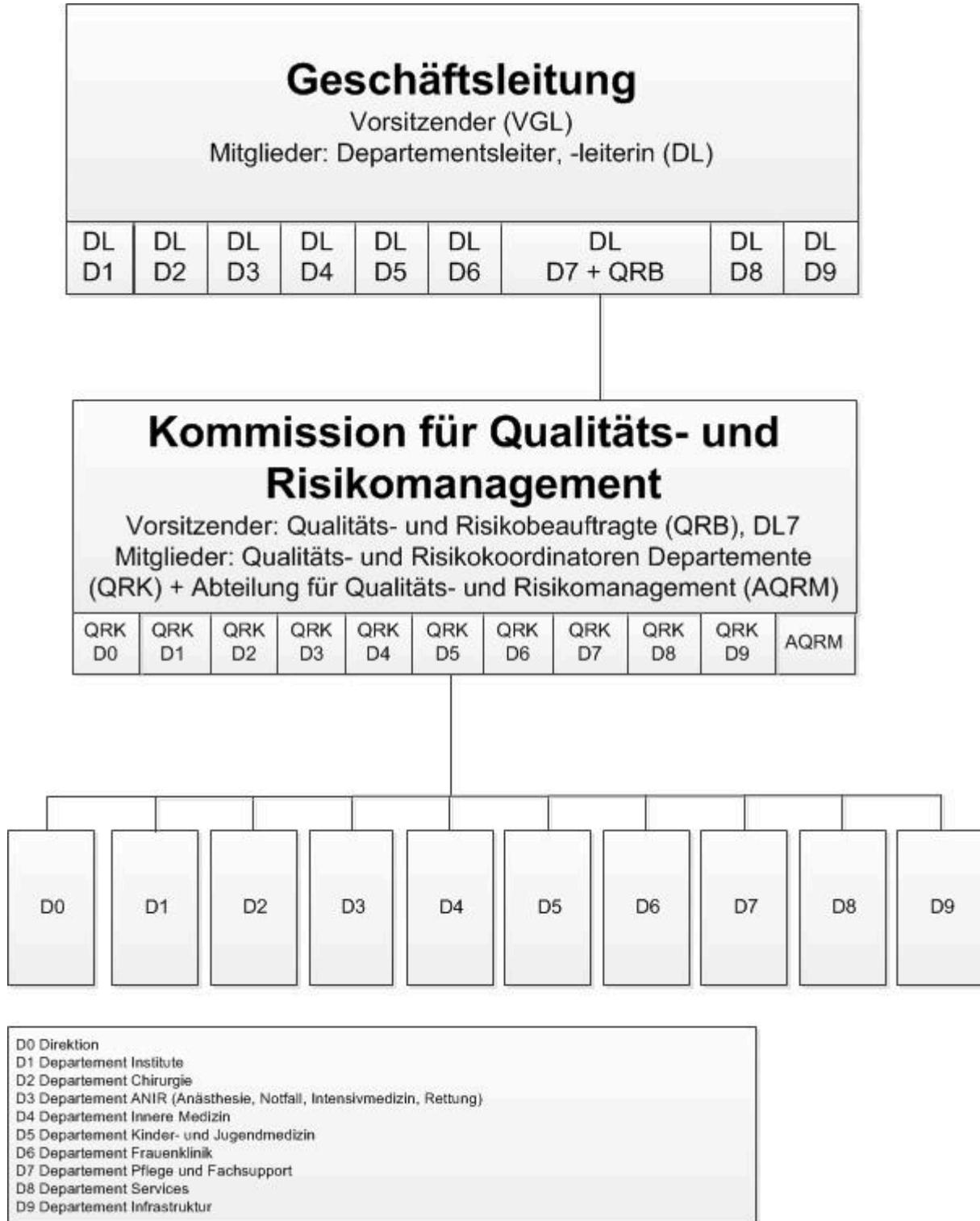
Dr. oec. HSG Arnold Bachmann  
Vorsitzender der Geschäftsleitung

*© Kantonsspital Graubünden, Chur. Freigabe durch die Geschäftsleitung am 27.05.2019, durch den Verwaltungsrat am 20.08.2019 und durch die Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement am 30.04.2019.*

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



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

Im Kantonsspital Graubünden ist das Risikomanagement in die bestehende Organisationsstruktur eingebunden. Die Themen "Qualität" und "Sicherheit" werden dabei in einem integrierenden

Ansatz betrachtet.

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

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

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

## **2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Frau Dr. phil. Tima Plank  
Qualitäts- und Risikomanagerin  
+41 81 256 71 92  
[tima.plank@ksgr.ch](mailto:tima.plank@ksgr.ch)

Frau Monica von Toggenburg  
Qualitäts- und Risikobeauftragte  
+41 81 256 66 20  
[monica.vontoggenburg@ksgr.ch](mailto:monica.vontoggenburg@ksgr.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch und die Patientensicherheit des Kantonsspital Graubündens sind Leistungsversprechen, welche in der Strategie festgehalten sind. Der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung führen jährlich ein Strategiemeeting durch, an welchem unter anderem die Mission und die strategischen Schwerpunkte überprüft und für das Folgejahr festgelegt werden. Zur Unterstützung der gesamten Strategieentwicklung wird ein sogenanntes "KSGR House" und ein Management-Informationssystem (MIS als Kennzahlensystem) eingesetzt. In einem kontinuierlichen Prozess werden dabei Ziele und Zielerreichung überprüft und durch weitere Massnahmen gesteuert.

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

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

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

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

Die Qualitäts- und Risikoziele der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement 2018 sind im Anhang hinterlegt.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

#### **SanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital: Erfolgreiches Überwachungsaudit 2018**

Nach sehr erfolgreicher Re-Zertifizierung durch SanaCERT Suisse im Jahr 2017 wurden in 2018 die Standards für die nächste Re-Zertifizierung (2020) nach einer Feedbackschleife in den Departementen durch die Geschäftsleitung auf Empfehlung der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement ausgewählt. Dabei wurden zwei für ein Akutspital zentrale Standards neu ausgewählt:

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

Gemäss Reglement über die Zertifizierung der SanaCERT Suisse müssen nach erfolgreicher Zertifizierung bis zur Re-Zertifizierung jährliche Überwachungsaudits erfolgen. Das Überwachungsaudit dient dazu zu beurteilen, ob das von der Stiftung SanaCERT Suisse zertifizierte Qualitätsmanagement-System einwandfrei weiter wirksam ist und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zu deren Ablauf gegeben sind. Das Überwachungsaudit am 29. November 2018 verlief reibungslos; alle Standards befinden sich in guter Umsetzung.

#### **Etablierung Integrales Risikomanagement:**

Ab Herbst 2018 fand gemäss definierten Prozesszyklen die Risikobewertung und Massnahmendefinition in den Departementen und Fachbereichen statt. Der daraus resultierende Integrale Risikomanagementbericht 2018 samt Massnahmenplan 2019 wurde am 11. Februar 2019 von der Geschäftsleitung und am 13. Februar 2019 vom Verwaltungsrat genehmigt. Aktuell wird ein Risikodashboard entwickelt, um die Wirksamkeit der Massnahmen sichtbar zu machen.

Zudem wurde das Integrale Risikomanagement respektive die Entwicklung einer Risikodashboard zur Vorstellung (Poster) am Internationalen Kongress der Internationalen Society for Quality in Healthcare (ISQua) 2019, Captown eingereicht.

#### **Mitarbeiterumfrage 2018: Schlussbericht vorliegend**

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen alle vier Jahre zu ihrer Zufriedenheit befragt. Ende Jahr 2017 wurde die hausweite Mitarbeiterumfrage in Zusammenarbeit mit einem externen Partner mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen ein sehr erfreuliches Bild (sehr hohe Mitarbeiterzufriedenheit; signifikante Verbesserung in verschiedensten Bereichen). Im Berichtsjahr wurde der Schlussbericht zur Mitarbeiterumfrage mit Dokumentation von Massnahmen daraus von der Geschäftsleitung am 26. November 2018 genehmigt. Die Durchführung einer kurzen Zwischenumfrage alle zwei Jahre wird b.a.w. aufgrund der Kosten-Aufwandbetrachtung nicht weiter verfolgt (Input Stiftungsrat; Entscheid Geschäftsleitung 29.01.2019). Das Thema wird bei der Revision des Umfragekonzepts in 2-3 Jahren wieder aufgenommen. Die nächste hausweite Mitarbeiterumfrage ist gemäss Umfragekonzept für 2021 geplant.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

**Alle Qualitäts- und Risikoziele 2018 (siehe Anhang) konnten im Berichtsjahr umgesetzt respektive erreicht werden. In der Zielüberprüfung zeigte sich ein Zielerreichungsgrad von 100%.**

**Die Qualitätsschwerpunkte lagen auf dem erfolgreich bestandenen SanaCERT Überwachungsaudits, der Etablierung des Integralen Risikomanagements und der Umsetzung von Massnahmen aus der Mitarbeiterumfrage.** Für weitere Informationen dazu wird auf das Kapitel 3.1 verwiesen. Weitere erreichte Qualitätsziele werden im Folgenden kurz beschrieben.

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

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

1. Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mittels SQLape
2. Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mittels SQLape (> ab 2019 keine ANQ Messempfehlung mehr)
3. Prävalenzmessung Sturz mit dem Instrument LPZ
4. Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Instrument LPZ
5. Messung der stationären Patientenzufriedenheit
6. Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

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

### **Umfragekonzept**

Das Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden wurde ordnungsgemäss revidiert; am 4-Jahreszyklus bei Grossmessungen wird aus Kosten- und Nutzungsüberlegungen festgehalten. Massnahmen, vor allem flächendeckende, benötigen Zeit, um seriös umgesetzt zu werden.

### **Beschwerdemanagement**

Beschwerden und kritischen Feedbacks misst das Kantonsspital Graubünden eine grosse Bedeutung zu. Gemäss Beschwerdekonzzept wird das hausweite Beschwerdemanagement (BM) via definierten Beschwerdeverantwortlichen umgesetzt. Eine hausweite Evaluation des BM im Berichtsjahr erbrachte u.a. auch den Bedarf an einer Software zur Unterstützung in der Bearbeitung. Aktuell läuft ein Pilotprojekt einer Software (Feedbacktool), um diesem Bedarf gerecht zu werden.

### **Ambulante Patientenumfrage Kinder/Jugendliche**

Im Berichtsjahr wurde im ambulanten Bereich das Pilotprojekt zur Patientenumfrage im Departement Kinder- und Jugendmedizin erfolgreich durchgeführt. Der sogenannte Grüne Fragebogen (ambulanter Fragebogen) konnte an die Bedürfnisse der pädiatrischen Patienten angepasst werden. Somit steht der Grüne Fragebogen sowohl im Erwachsenen als auch im pädiatrischen Bereich zur Verfügung.

### **CIRS / Vigilanz**

Das CIRS im KSGR und die Vigilanzsysteme sind etabliert und dienen dazu, die Qualität und Sicherheit der Prozesse kontinuierlich zu erhöhen. Aufgrund der in der Schweiz (noch) fehlenden gesetzlichen Schutzregelungen für CIRS-Systeme respektive einem im Kanton Tessin bekannt gewordenen Haftpflichtfall mit „Öffnung“ des CIRS-Systems wird im KSGR erneut die Grundsatzfrage nach der CIRS-Definition geführt. Anfangs 2019 wurde eine diesbezügliche Taskforce mit Ausarbeitung einer Empfehlung für das CIRS KSGR ins Leben gerufen. Die Empfehlung wird via Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement der Geschäftsleitung unterbreitet werden.

### **Quality Dashboard**

Auch im Kennzahlensystem der Quality Dashboard (Q-Cockpit) als Steuerungsinstrument zeigten sich im grossen und ganzen unauffällige Ergebnisse ohne dringenden Handlungsbedarf. Gemäss Controllingprozess ist grundsätzlich bei auffälligen Ergebnissen (rote Ampel) innerhalb eines halben Jahres ein Bericht mit Angabe von Massnahmen der Geschäftsleitung zu unterbreiten.

#### **Interne Audits des Qualitätsmanagements**

Jährlich führt die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement interne Audits im Sinne einer Selbstbewertung durch. Es fanden Audits in den Standards QM, Sichere Medikation und Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten (Delir) statt. Die Empfehlungen aus dem Gesamt-Auditbericht werden – wo sinnvoll – umgesetzt.

#### **Initiative Qualitätsmedizin**

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

### **3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

Unter dem Fokus der qualitativ hochstehend versorgten Patientinnen und Patienten leben wir tagtäglich hohe Patientensicherheit. Um dies zu gewährleisten, setzt das Kantonsspital Graubünden - neben Erfüllung aller gesetzlichen Qualitätsaktivitäten - weiterhin auf freiwillige Qualitätssicherheitsaktivitäten. Freiwillige Zertifizierungen sowohl haus- als auch departements- und fachbereichsweit zeigen die Qualitätsarbeit gut auf; an diesem wird festgehalten.

Daneben spielt die prospektive, präventive und systematische Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung im Rahmen des Integralen Risikomanagements eine immer wichtigere Rolle. Die aktuelle CIRS-Grundsatzfrage ist ein Aspekt davon. Zentral erscheinen

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

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

- Qualitätskontrollen des Gesundheitsamtes Graubünden ab 2016

### Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden hat fristgerecht die Erfordernisse der Qualitätskontrolle des Gesundheitsamtes Graubünden eingereicht. Das Gesundheitsamt Graubünden wurde als Beobachter am SanaCERT Re-Zertifizierungsaudit des Gesamtsitals im November 2017 eingeladen. Darausfolgend wurde zusätzlich im Januar 2018 ein De-Briefingtermin mit dem Kantonsarzt durchgeführt. Das SanaCERT Re-Zertifizierungsaudit wurde vom Kantonsarzt als positive und wertvolle Erfahrung empfunden. Ebenfalls wurde der Kantonsarzt für das vom Kantonsspital Graubünden zusammen mit der Stiftung für Patientensicherheit, Zürich im Februar 2019 durchgeführte separate CIRNET Netzwerktreffen eingeladen. Hierzu stand u.a. der Tessiner Anwalt im betroffenen CIRS-Fall, Kanton Tessin für Fragen und/oder Diskussionen zur Verfügung.

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) und zur Erhebung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen)</li> </ul>
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin. In 2018: Pilotprojekt zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal</li> </ul>
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen</li> </ul>
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten</li> </ul>
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitätsmessungen in Fachbereichen</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### SanaCERT

<b>Ziel</b>	Re-Zertifizierung 2020
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital (alle drei bisherigen Zertifizierungen mit best- oder zweitbesten Benotung abgeschlossen)
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011 andauernd
<b>Begründung</b>	Freiwillige hausweite Zertifizierung zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Erhöhung der Patientensicherheit

##### Integrales Risikomanagement mit Entwicklung einer Risiko-Dashboard

<b>Ziel</b>	Laufende Umsetzung eines Integralen Risikomanagements
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital (Genehmigung Risikobericht und Massnahmenplan via VR)
<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. Dritter Integrale RM-Bericht 2018 vom Verwaltungsrat genehmigt. Aktuell Entwicklung einer Risiko-Dashboard für die Wirksamkeit der Massnahmen.

##### Umsetzung der Massnahmen aus der Mitarbeiterumfrage 2017

<b>Ziel</b>	Nächste hausweite Mitarbeiterumfrage in 2021 mit Evaluation der Massnahmen aus 2017
<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
<b>Begründung</b>	Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden. Weitere Ausführungen: Siehe Kapitel 7. Zufriedenheitsmessungen Mitarbeiter

##### Stationäre Patientenumfrage

<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
<b>Begründung</b>	Durchgängig sehr hohe Patientenzufriedenheitswerte. Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden.

### Ambulante Patientenumfrage

<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. 2018: Pilotprojekt im Departement Kinder- und Jugendmedizin zur Anpassung des Grünen Fragebogens erfolgreich abgeschlossen.

### 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
<b>Begründung</b>	Aktuell Re-Gembas und Entwicklung eines Lean Konzepts

### 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: Departement Pflege & Fachsupport
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Methodik</b>	Evaluation / Weiterentwicklung u.a. mit Pflegeaudits

## Umfragetool EvaSYS

<b>Ziel</b>	Automatisierung aller hausinternen Umfragen (Patientenbefragung, Kursevaluationen)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2009 im Einsatz
<b>Methodik</b>	Aktuell wird Cloudlösung geprüft.

## 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 ab 2016-2019 (Bronze)
<b>Begründung</b>	Die Rauchstopp-Beratungsstelle des KSGR ist ein nationales Kompetenzzentrum.
<b>Methodik</b>	Wichtige Erkenntnisse aus der Mitarbeiterumfrage 2017 mit spezifischen Fragen erlangt (Zusatzanalysen).

## E-Learning für Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	E-Learning als effizienter Weg, reine Wissensinhalte auf effiziente Weise breit zu vermitteln.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Punktuell ab 2011 / ab 2019f. SAP Lösung
<b>Begründung</b>	Aktuell wird das Learning Management System LMS im Rahmen der HR-Digitalisierung mit SAP SuccessFactors konfiguriert.

## Konzept Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Optimaler Umgang mit Beschwerden, Evaluation BM in 2018
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2013
<b>Begründung</b>	In 2018 fand eine Evaluation des Beschwerdemanagements statt (Q-Jahresziel). U.a. wird aktuell ein Pilotprojekt zur softwareunterstützter Bewirtschaftung (inkl. Workflow) durchgeführt.

## CIRS Lernsystem

<b>Ziel</b>	Hausweite CIRS Umsetzung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital (mit Bestnote D in allen drei SanaCERT Zertifizierungen, d.s. 2017, 2014, 2011)
<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 CIRNET. Nach erfolgreicher Re-Zertifizierung 2017 in die Linie übergegangen. Aktuell wird aufgrund der gesetzlichen unklaren Lage die CIRS-Grundsatzdiskussion (Def. CIRS) geführt.

## 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
<b>Begründung</b>	Der Care Team Leitungswechsel wurde zum Anlass für die Revision des Krisenkonzepts genommen; Revision findet aktuell statt.

## 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

## 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
<b>Begründung</b>	Per 1. Januar 2018 wurde eine Zusammenarbeit mit der professionellen Mitarbeitenden-Beratungsfirma MOVIS eingegangen.

## 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 Sicheren Patienten-Identifikation, interne Audits. Massnahmen in Umsetzung.

## 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>	2018 Zwei Schulungen zu internen Audits durchgeführt, 17 interne Q-Audits auf allen Bettenstationen mit knapp 40 interviewten Mitarbeitenden

## 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 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 Services
<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 Services
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Begründung</b>	Gesetzliche Verankerung und Bestreben nach hoher Qualität; Koppelung mit Integraletem Risikomanagement

## 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
<b>Begründung</b>	Das Thema wird im Rahmen der SanaCERT Re-Zertifizierung bearbeitet. Der SanaCERT Q-Standard Schmerzbehandlung erreichte in 2017 die zweitbeste Benotung und wird in 2020 re-zertifiziert.

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

<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)	2018 erreicht

## 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/innen und Gäste KSGR
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	seit 2011

## 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)	Pilot 2017 mit Schlussbericht 2018. Ab 2019: Konzepterstellung
<b>Begründung</b>	Aktuell im Umfragetool EvaSys; wird im Rahmen der HR-Digitalisierung mit SAP SuccessFactors realisiert werden.

## 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

## Quality Dashboard

<b>Ziel</b>	Kennzahlensystem zur Qualitätssteuerung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Ab 2010 laufend

## Konzept Aggressionsmanagement

<b>Ziel</b>	Verhinderung von Aggression und Gewalt
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2018
<b>Begründung</b>	Das Ziel dieses Konzepts ist, Aggression und Gewalt am KSGR zu verhindern und zu entschärfen, den Umgang mit Aggression und Gewalt am KSGR zu vereinheitlichen und deren Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten, die Angehörigen und das Personal zu minimieren. Das vorliegende Konzept umfasst die Aspekte Aggression und Gewaltanwendung, Prävention, Verhalten bei drohender oder akuter Gewalt und Nachsorge.

**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.

Bei weiterem Interesse kann die angegebene Kontaktperson für den H+ Q-Bericht gerne angefragt werden.

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2011 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

##### Bemerkungen

Dem Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS) misst das Kantonsspital Graubünden einen sehr hohen Stellenwert bei. Seit 2013 ist das CIRS **flächendeckend umgesetzt** und hausweit standardisiert. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen der SanaCERT Erst-Zertifizierung in 2011 (mit Pilotphase). Im CIRS Konzept des Kantonsspitals Graubünden ist die grundlegende Definition eines kritischen Zwischenfalls enthalten: Ein kritischer Zwischenfall ist ein Ereignis, welches *eine oder mehrere Personen gefährdet oder schädigt*. Diese Definition befindet sich zum Zeitpunkt der Berichterstellung aufgrund des Bundesgerichtsfalls Tessin mit Gutachten der Stiftung für Patientensicherheit in Diskussion (CIRS-Taskforce). Die Empfehlung der CIRS-Taskforce wird von der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement z.Hd. der GL diskutiert und verabschiedet werden.

Die CIRS Organisation beinhaltet **22 Meldekreisen mit definierten Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten pro Departement** bzw. Fachbereich. Die eingesetzte Software CIRS-Meldeportal der Firma netränge.ag, St. Gallen wird laufend weiterentwickelt; ab 2020 wird eine ganzheitliche Cloudlösung angestrebt. Seit 2013 ist mit der anonymisierten Fallverfolgung und der integrierten Massnahmendatenbank der PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen. Die Schnittstelle zum nationalen CIRNET ist aktiviert.

Das CIRS Meldeportal beinhaltet neben dem Ereignismonitoring auch die **gesetzlichen Meldesysteme Hämovigilanz, Materiovigilanz und Pharmakovigilanz sowie ein Reporting über den Pflegeindikator Sturz\***. Ab 2019 ist geplant, gemäss Konzept Aggressionsmanagement das Formular zur Aggressionserfassung zu implementieren.

Im einem **jährlichen Gesamtreport** wird die Geschäftsleitung des Kantonsspitals Graubünden über CIRS, die Vigilanzsysteme und über den Pflegeindikator Sturz\* samt dokumentierten Massnahmen aus CIRS- und Vigilanzfällen informiert.

In 2017 wurde der SanaCERT Qualitätsstandard CIRS bereits zum dritten Mal in Folge mit der Bestnote D zertifiziert. Ab 2018 geht der Standard in die Linie über. Die Weiterentwicklung ist gewährleistet.

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

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](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>	seit 2012
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	
<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>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>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>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>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>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; SBCDB wird ab 2017 im ODSeasy erfasst

			(siehe Hinweis unten)
<b>SIBDCS</b> SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich <a href="http://ibdc cohort.ch/">http://ibdc cohort.ch/</a>	2012
<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>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	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>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>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>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	2005
<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>SKKR</b> Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	<a href="http://www.kinderkrebsregister.ch">www.kinderkrebsregister.ch</a>	1996

### Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden meldet folgende Ergänzungen im Bereich Register:

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

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

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

**Teilnahme am Register anatomische Resektionen Lunge:** Teilnahme seit 01.01.2017

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

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

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

**Hinweis zur SBCDB** (Swiss Breast Center Database): Die SBCDB wird ab 2017 im ODSeasy erfasst. Betreiberorganisation ist die Asthenis GmbH, Deutsche Krebsgesellschaft, KSGR: seit/ab 2017

**Hinweis zum Gynäkologischen Tumorzentrum:** Wird seit 2017 ebenfalls im ODSeasy erfasst. (Betreiberorganisation Asthenis GmbH), ODSeasy Datenbank gynäkologische Tumoren; Fachrichtungen: Gynäkologie, Radiologie, Onkologie, Radioonkologie, KSGR: seit/ab 2017

**Endometriosedatenbank:** Fachrichtungen: Gynäkologie, Radiologie, Viszeralchirurgie, Urologie, Anästhesie. Betreiberorganisation: Stiftung Endometriose Forschung (SEF); KSGR: seit/ab 2017

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

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001-2000/ ISO 9001:2008	Institut für Spitalpharmazie	2006	2016	2019: In Planung
GMP - PIC	Institut für Spitalpharmazie	1998	2018	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	2019 in Planung. Die Re-Zertifizierung konnte erfolgreich bestanden werden. Nächste Re-Zertifizierung in 2021.
SanaCERT Suisse	Kantonsspital Graubünden	Erstzertifizierung in 2011	Re-Zertifizierung in 2020	Das Kantonsspital Graubünden hat in 2017 das Re-Zertifizierungsaudit durch SanaCERT Suisse, der Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, mit Bestnoten erreicht. Die Re-Zertifizierung ist in 2020.
RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken	Institut für Spitalpharmazie	2006	2016	Das Institut für Spitalpharmazie hat ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut und umgesetzt. Jährliches

				Überwachungsaudit und dreijährliche Rezertifizierungsaudits.
Label „Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care	Palliative Care	2012	2017	Die Palliative Care Abteilung hat die Re-Zertifizierung des Labels SQPC (Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care) erfolgreich bestanden. Die Re-Zertifizierung ist in 2022.
GOP (Good Operating Practice)	Spitaltechnik/OP	2008	2013	Das Kantonsspital Graubünden verfügt über ein OP Handbuch "Das Buch zur OP-Norm SN22500 für Schweizer Spitäler". Dieses hat einen noch höheren Stellenwert als das GOP-Label.
HACCP	Küchen	2008	2019	Alle Anforderungen sind erfüllt.
QUALAB Ringversuche Labor	Zentrallabor	2012	2018	
Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie	Handchirurgie	2013	2019	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Brustkrebszentrum	2017	2021	Die Erst-Zertifizierung konnte am 01./02.11.2017 ohne Auflagen erfolgreich bestanden werden.
Akkreditierung nach EN/ISO 15189	Zentrallabor	2017	2019 (geplant)	Akkreditierung gemäss internationaler Norm EN/ISO 15189 durch Schweizerische Akkreditierungsstelle des SECO. Erstbegehung im Dez. 2018 erfolgreich bestanden.
Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte	Gesamthaus	laufend	laufend	Siehe unter Bemerkungen
Zertifizierung FTGS / ENSH	Rauchstopp-Beratung	2016	2016	Die Re-Zertifizierung findet in 2019 statt. Ausgezeichnet

				mit „Bronze Zertifikat“ des Forums Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz (FTGS) und Erfüllung der Qualitätskriterien nach den Standards des ENS
Zertifizierung ISO 9001:2008	Institut für Radio-Onkologie	2016	2019	Audit in 2019 erfolgreich bestanden.
Zertifizierung Stroke-Unit	Stroke Unit	2016	2016	Die Re-Zertifizierung findet in 2019 statt.
REKOLE	Controlling	2011	2015	Standards für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM)	Kinderwunschzentrum	2016	2016	Zertifikat bis 2019 gültig.
Stiftung Endometrioseforschung, Schweizerische Endometriose-Vereinigung, Europ. Endometriose-Liga	Endometriosezentrum	2017	2017	Zertifikat bis 2020 gültig,
PET Umwelt-Zertifikat	PET Recycling Schweiz	2017	2017	Wird ab 2017 jährlich vergeben
Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie	Ambulante pulmonale Rehabilitation	2017	2017	Audit erfolgreich am 08.05.2017 bestanden.
Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie	Akkreditiertes Zentrum für Schlafmedizin	2017	2017	erfolgreiche Akkreditierung des interdisziplinären Schlafzentrums Kantonsspital Graubünden vom Oktober 2017. KSGR als eines von 32 CH-Schlafzentren und 1 von 15 CH-Schlaf-Weiterbildungsstätten SGSSC

### Bemerkungen

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

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
<b>Kantonsspital Graubünden</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.20	4.19 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.57	4.61 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.58	4.58 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46	4.47 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.04	4.05 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.50	89.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		944
Anzahl eingetreffener Fragebogen	455	Rücklauf in Prozent 48 %

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

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

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

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

Die Ergebnisse aus der Patientenumfrage des ANQ zeigen, dass das Kantonsspital Graubünden in allen Bereichen wiederum deutlich über den Schweizer Durchschnitt der Schweizer Akutspitäler auf demselben Versorgungsniveau (VN 2) liegt. Auch im Berichtsjahr war die Rücklaufquote hoch und lag bei knapp 50 Prozent. Im pädiatrischen Bereich wird der ursprüngliche ANQ Fragebogen mit 10er Skala eingesetzt. Auch in diesem Bereich verzeichnen wir sehr gute Ergebnisse.

Im Vergleich der bereits vorliegenden Werte der Nationalen Patientenbefragung 2018 des ANQ (prozentuelle Antwortverteilung, kein Index) kann gesagt werden, dass das Kantonsspital Graubünden auch mit der Messung 2018 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 von 85 Prozent der Patientinnen und Patienten mit "Ausgezeichnet" bis "Sehr gut" beurteilt. Ein sehr erfreuliches Ergebnis.

Neben der punktuellen Messung durch die nationale Patientenumfrage verzeichnet die Dauermessung im stationären Bereich (Gelber Fragebogen) ebenso eine hohe Patientenzufriedenheit. Im Pädiatriebereich erreichten wir sogar einen Rücklauf von 87 Prozent. Standardmässig werden die ANQ Fragen, welche sich im Gelben Fragebogen befinden, ausgewertet und in den aktuellen Vergleich mit den ANQ-Werten KSGR gesetzt. Hier zeigt sich wiederum eine noch höhere Zufriedenheit. Kritische Feedbacks oder Beschwerden werden mit definierten Prozessen und Verantwortlichkeiten bearbeitet. In einem jährlichen Analysebericht werden neben den Ergebnissen auch Massnahmen dokumentiert. Der Analysebericht wird von der Geschäftsleitung genehmigt; der aktuelle Analysebericht 2018 am 25.03.2019.

### Angaben zur Messung

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

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

### Bemerkungen

Die Anzahl der angeschriebenen Patienten und Anzahl der eingetroffenen Fragebogen bezieht sich auf das Jahr 2017. Die Messergebnisse 2018 werden im H+ Qualitätsbericht 2019 enthalten sein; der Index der Erwachsenenbefragung liegt erst im Herbst 2019 vor.

## 5.2 Eigene Befragung

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

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

Zudem wird der eigens für den **ambulanten Bereich** entwickelte, sogenannte Grüne Fragebogen zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit erfolgreich in ausgewählten ambulanten Fachbereichen eingesetzt. Der Grüne Fragebogen wurde in zwei umfangreichen Pilotprojekten mit teststatistischer Überprüfung entwickelt. Im Berichtsjahr wurde er zudem auf den pädiatrischen Bereich angepasst und ebenfalls teststatistisch überprüft.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

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

Die ambulante Messung findet in ausgewählten ambulanten Fachbereichen statt.

Das untersuchte Kollektiv bezüglich des Gelben Fragebogens beinhaltet alle stationären Patientinnen und Patienten im Erwachsenenbereich. Auch im pädiatrischen Bereich wird die Dauermessung zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit durchgeführt. Hier wird eine Anpassung des Gelben Fragebogens an die neuen Basisfragen des ANQ erfolgen, sobald diese vorliegend sind (ca. 2019/2020).

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

#### **Ergebnisse Gelber Fragebogen zur Messung der stationären Patientenzufriedenheit 2018:**

Auch im Berichtsjahr 2018 zeigen sich **sehr positive Patientenzufriedenheitswerte** im stationären Bereich mit einem Gesamtdurchschnittswert von 4.4 (bei max. 5). Der Rücklauf liegt bei 42% im Erwachsenenbereich und bei ausserordentlich hohen 87% im Kinder- und Jugendbereich. Insgesamt gingen 4'008 Fragebögen in der Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement ein. Massnahmen werden ergriffen; der PDCA-Regelkreis ist geschlossen. Im Monatsvergleich des Management-Informationssystem (MIS) zeigen sich auf Gesamtebene hohe Werte mit geringer Schwankung. Wie in den Vorjahren sind wiederum die Ergebnisse der ANQ-Fragen im Gelben Fragebogen besser als die bereits sehr guten Werte des KSGR in der ANQ Patientenumfrage. Die Ergebnisse samt Beispiele von getroffenen Massnahmen sind im jährlichen Analysebericht Gelber Fragebogen enthalten. Dieser wird jeweils von der Geschäftsleitung genehmigt (25.03.2019 für den Analysebericht Gelber Fragebogen 2018) und breit kommuniziert.

Auch im ambulanten Bereich verzeichnen die Messungen sehr gute Patientenzufriedenheitswerte. Hier erhält der jeweilige ambulante Fachbereich seine Ergebnisse jeweils direkt mit Fokus auf einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Schliessung des PDCA-Qualitätskreislauf. Im Berichtsjahr wurde der grüne Fragebogen für den Kinder- und Jugendbereich in einem Pilotprojekt angepasst. Damit ist nun der ambulante Bereich - Erwachsene und Kinder/Jugendliche - mit einem Grünen Fragebogen in zwei Versionen abgedeckt.

Der ehemalige SanaCERT Qualitätsstandard „Erhebung von Patientenurteilen“ wurde anlässlich des obligatorischen Überwachungsaudits 2018 extern kurz überprüft und für einwandfrei befunden.

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

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Kantonsspital Graubünden**

Stabsstelle Haftpflichtfragen/Beschwerden

Lucia Rabia Schäfli

Leiterin Stabsstelle Haftpflichtfragen/

Beschwerden

081 256 67 05

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

Das Kantonsspital Graubünden verfügt über ein flächendeckend eingeführtes

Beschwerdemanagement mit

Beschwerdeverantwortlichen pro

Departement (1x jährlich ERFA). Im Jahr

2018 wird eine Evaluation des

Beschwerdemanagements durchgeführt (Q-Jahresziel).

Die Abteilung Qualitäts- und

Risikomanagement bearbeitet qm-relevante

Beschwerden.

## 6 Angehörigenzufriedenheit

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

### 6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2015	2016	2017	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	9.10	8.64	8.81	8.88 (- - -)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.87	8.55	8.66	8.86 (- - -)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.69	8.81	8.46	8.95 (- - -)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.83	8.60	8.61	8.90 (- - -)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.51	9.19	9.37	9.61 (- - -)
Anzahl angeschriebene Eltern 2018				225
Anzahl eingetreffener Fragebogen	108	Rücklauf in Prozent		48.00 %

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 6.2 Eigene Befragung

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

Die Messung der stationären Patientenzufriedenheit findet - analog Erwachsenenbereich - bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten respektive ihren Eltern/Bezugspersonen laufend statt. Der sogenannte Gelbe Fragebogen beinhaltet dabei wiederum die ANQ-Pädiatriefragen. Die 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 2019/2020 der Fall sein.

Im Jahr 2018 fand die Umsetzung eines Pilotprojekts zur Messung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen) statt. Der Grüne Fragebogen wird im Erwachsenenbereich bereits eingesetzt (siehe entsprechendes Kapitel). Das Ziel des Pilotprojekts, im Departement Kinder- und Jugendmedizin eine entsprechende Anpassung des Fragebogens an das spezifische Klientel der pädiatrischen Patienten respektive ihrer Bezugspersonen / Angehörigen durchzuführen, konnte erreicht werden. Somit liegt nun der Grüne Fragebogen in zwei Versionen - Erwachsene und Kinder/Jugendliche - vor.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

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

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

Im ambulanten Bereich wurde das Pilotprojekt zur Anpassung des Grünen Fragebogens ohne explizite Ausschlusskriterien durchgeführt.

Informationen zu den Messergebnissen 2018 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 (revidiert und von der Geschäftsleitung im Berichtsjahr bestätigt) werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Für die strategisch wichtige Anspruchsgruppe Mitarbeitenden war dies Ende 2017 wieder der Fall.

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

Die rund 60 Zufriedenheitsfragen zu den Bereichen Arbeitsinhalt, Lohn, weitere Leistungen des Arbeitgebers, Arbeitszeit, Aus- und Weiterbildung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Team, Führung und Arbeitsplatz brachten **sehr gute Ergebnisse** zutage. Die Gesamtbeurteilung des Spitals durch die Arbeitnehmenden hat sich 2017 gegenüber 2013 klar verbessert. Alle Bereiche haben sich positiv entwickelt und erzielen gegenüber 2013 und auch im externen Vergleich bessere Werte.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterumfrage wurden den Mitarbeitenden, der Geschäftsleitung, der Kommunikation und der Kommission für Qualitäts- und Risikokommission sowie dem Verwaltungsrat und Stiftungsrat präsentiert. Sie wurden in die Jahresmedienkonferenz des KSGR aufgenommen. Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement hat die Departemente respektive Fachbereiche in der Erstellung von Zusatzauswertungen unterstützt

Die Ergebnisse der Mitarbeiterumfrage 2017 wurden vor allem auch für eine Evaluation von Massnahmen aus der letzten Mitarbeiterumfrage verwendet: Hier zeigt sich eine signifikante Zufriedenheitsverbesserung bei der Kindertagesstätte Fägnäscht (Ausbau) und beim Lohn (Besoldungsreglement ab 2013) sowie Pickettdienst. Weitere hausweite Massnahmen umfassen das Betriebliche Gesundheitsmanagement, das Konfliktmanagement und diverse Massnahmen aus der Parkplatzkommission. Die Kommission gegen sexuelle Belästigungen am Arbeitsplatz sowie die Rauchstoppberatung können mit den Ergebnissen direkte Massnahmen umsetzen. Mit den Ergebnissen bezüglich CIRS-System wird ab 2019 - nach dem Grundsatzentscheid der Geschäftsleitung - eine Sensibilisierungskampagne gestartet. Daneben wurden individuelle Massnahmen in den einzelnen Fachbereichen bzw. Departementen und in Gremien umgesetzt. Der diesbezügliche Schlussbericht zur Mitarbeiterumfrage 2017 samt Dokumentation der Massnahmen wurde am 26. November 2018 von der Geschäftsleitung genehmigt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Hausweite, d.h. flächendeckende Messung der Mitarbeiterzufriedenheit

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

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserumfrage

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Für die strategisch wichtige Anspruchsgruppe Zuweisende (Behandlungspartner/-innen) war dies im Jahr 2016 der Fall. Der diesbezügliche Schlussbericht zur Zuweiserumfrage samt Dokumentation von Massnahmen wurde in 2017 von der Geschäftsleitung genehmigt.

Die nächste Zuweiserumfrage erfolgt im Jahr 2020. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung finden bereits erste Vorbereitungsgespräche dazu statt.

Die Leitung Kommunikation Behandlungspartner/-innen steht für die Anliegen und Bedürfnisse der Behandlungspartner/-innen gerne zur Verfügung. Hauptaufgaben des Zuweisungsmanagements sind:

- Primäre Ansprechperson im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den Zuweisenden und dem Kantonsspital Graubünden
- Abläufe, Prozesse und Strukturen des Kantonsspitals Graubünden auf die Bedürfnisse der zuweisenden Ärzte, Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitsorganisationen auszurichten
- Gemeinsame Entwicklung von neuen, bedürfnisgerechten Angeboten mit den Zuweisenden und weiteren Partnern
- Regelmässiger Austausch mit spitalinternen Leistungserbringern, Zuweisenden und weiterer Fachpersonen
- Förderung der Zusammenarbeit im Kontext von Patient-Zuweiser-Spital-Versicherung

Weitere Informationen gibt die Website des Kantonsspitals Graubünden unter den für diese Zielgruppe eingerichteten Informationsseiten:

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

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

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

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017
<b>Kantonsspital Graubünden</b>		
Anteil externer Rehospitalisationen	-	19.10%
Verhältnis der Raten*	0.84	0.97
Anzahl auswertbare Austritte:		12551

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

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

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

Die in 2017 eingetragenen Werte sind die zum Zeitpunkt der Berichterstellung aktuellsten Werte, welche im Nationalen Vergleichsbericht "Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen BFS-Daten 2016" V.1.0 des ANQ vorliegen. Sie wurden am 11. Dezember 2018 auf der ANQ Website transparent publiziert und gleichzeitig eine Medienmitteilung an die verschiedenen Medien verschicken.

Die Raten der ungeplanten Wiedereintritte weisen generell darauf hin, wie sorgfältig der Austritt von Risikopatienten vorbereitet und durchgeführt wurde oder wie "erfolgreich" die Spitalbehandlung schlussendlich war. Die Werte des Kantonsspitals Graubünden zu den potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen liegen seit Jahren **im normalen, guten Bereich**.

Seit 01.01.2017 wird der SQLape Monitor im Kantonsspital Graubünden eingesetzt. **Die aktuelle Analyse mit der Medizinischen Statistik (BfS-Daten) 2018** im Kantonsspital Graubünden zeigt, dass auch mit den aktuellen Daten die potenziell vermeidbare Rehospitalisationsrate des Kantonsspitals Graubünden **im guten respektive normalen Bereich** liegt. Weitere Detailanalysen mit den SQLape Monitor - beispielsweise herabgebrochen auf die Fachbereiche - haben kein weiteres Verbesserungspotenzial geortet.

Notabene: Die potenziell vermeidbare Reoperationsrate wird ab 2019 nicht mehr als ANQ Messempfehlung geführt.

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

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:

- \*\*\* Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- \*\*\* Dickdarmoperationen (Colon)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

#### Messergebnisse

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

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

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

Die aktuellen Messwerte der Erfassungsperiode vom 1. Oktober 2017 bis 30. September 2018 für die Eingriffe ohne Implantat und vom 1. Oktober 2016 bis 30. September 2017 für die Eingriffe mit Implantat wurden von SwissNOSO im Februar 2019 an die Spitäler versandt. **Momentan werden diese Ergebnisse hausintern analysiert.** Aus diesem Grund werden sie erst im nächsten Bericht ausgewiesen werden.

@Appendektomie Kinder 2017: Die **drei Einzelfallanalysen** zeigen keine Auffälligkeiten und sind medizinisch nachvollziehbar. Bei der kleinen Fallzahl in der beobachteten Erfassungsperiode ist die standardisierte Infektionsrate nicht signifikant unterschiedlich zu den Vorjahren und den übrigen Spitälern.

Bis 1. Oktober 2013 wurde die postoperative Wundinfektmessung bei der Eingriffsart Kaiserschnitt gemessen. Die Ergebnisse lagen jeweils signifikant im unterdurchschnittlichen Bereich. Ab Oktober 2013 wird die postoperative Wundinfektmessung bei Appendektomie Kinder gemessen (d.h. keine Werte für 2012 und 2013 ausgewiesen). Hinsichtlich postoperativer Wundinfektraten bei der Kolonchirurgie konnte die Wundinfektrate während der letzten Jahre gesenkt werden. Dies zeigt, dass die ergriffenen Massnahmen zielführend sind.

Im Bereich der Erstimplantation Hüftendoprothesen wurde in den ersten drei Erfassungsperioden immer Infektraten unter 1% ausgewiesen. Die Werte lagen damit jeweils unter dem CH-Durchschnitt. In der Periode 2014 stieg dieser Wert auf 2.9%, um in der Messperiode 2015 wieder mit 0.6% unter den Referenzwert zu sinken, jedoch in 2016 wieder auf 2.5% zu steigen. In der aktuellen Messung zeigte sich nun wieder ein Wert von 1.2%. Diese Schwankungen können durch die absolut kleinen Infektzahlen bei aseptischen Operationen verursacht werden.

Die interne Qualitätsüberprüfung läuft kontinuierlich.

### Angaben zur Messung

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

### Bemerkungen

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](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

	2015	2016	2017	2018
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	6	6	5	7
In Prozent	3.10%	3.40%	2.90%	4.90%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	148	Anteil in Prozent (Antwortrate)		75.10%

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Die jährliche ANQ Prävalenzmessung zum Pflegeindikator Sturz weist keine auffälligen Sturzraten KSGR auf. Die Sturzinzidenzraten liegen im normalen Bereich. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung sind die Ergebnisse der Nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus 2018 eingetroffen und werden intern analysiert. Zeitgleich wird auch das Jahresreporting 2018 aus den Sturzerfassungen erstellt (siehe auch nachfolgender Punkt). Die Sturzraten bzw. Massnahmen in der Sturzvermeidung und -behandlung sind jeweils im jährlichen CIRS/Vigilanz Gesamtreport aufgenommen.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<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>Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

### Bemerkungen

Es werden laufend die Massnahmen gemäss Konzept Sturzmanagement KSGR umgesetzt. Dabei passen sich die pflegerischen Interventionen (Hilfeleistungen und Hilfsmittel) gemäss Risikoeinschätzung dem Ausmass des vorliegenden Problems an.

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Ab 2016 elektronische Dauererfassung im CIRS-Meldeportal

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Stationärer Bereich (Gesamt)  
Gesamthaus

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

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

## 13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen 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			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	5	3		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2017			-	

#### Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2017		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2017			-	

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw.

klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Aktuell werden die Messergebnisse zu den Prävalenzmessungen Dekubitus / Sturz 2018 intern evaluiert. Zusätzlich widmet sich eine Arbeitsgruppe im Rahmen der Bearbeitung des SanaCERT Qualitätsstandards "Decubitusprävention und -behandlung" intensiv dem Pflegeindikator Decubitus. Die erste externe Überprüfung dieses Standards fand im November 2018 anlässlich des obligatorischen SanaCERT Überwachungsaudits statt; die nächste Überprüfung findet im selben Rahmen im November 2019 statt.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 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 2018 durchgeführt.

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

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

### 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

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

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

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

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

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

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

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Qualitätsmessungen in Fachbereichen

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 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 in seiner Mission der laufenden Qualitätsverbesserung. Die in 2006 beschlossene strategische Richtung des Qualitätsmanagement nach SanaCERT Suisse stellt die Aspekte Patient/-in und Mitarbeitende in den Fokus. SanaCERT Suisse ist die Schweizerische Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Seit 2011 findet dreijährlich die Re-Zertifizierung statt. Die nächste Re-Zertifizierung ist im Jahr 2020. Zwischen den Zertifizierungsaudits werden jährliche Überwachungsaudits durchgeführt. Das Überwachungsaudit 2018 verlief reibungslos. Die Erst- und Re-Zertifizierungen konnte das Kantonsspital Graubünden bislang mit Bestresultaten erreichen.

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

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

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

### 18.1.2 Integrales Risikomanagement

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

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

Im Berichtsjahr wurde der **dritte Integrale Risikomanagementbericht 2018 samt Massnahmenplan 2019** auf der Grundlage der Risikoevaluation/-prüfung und -bewertung aus dem Vorjahr erstellt und am 13. Februar 2019 vom Verwaltungsrat genehmigt. Bei allen Top-Risiken wurden und werden diverse Projekte und Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit durchgeführt oder eingeleitet. Da Massnahmen auf hausweiter Ebene Zeit benötigen, um zu wirken, wird der Integrale Risikomanagementbericht alle zwei Jahre verfasst; die Risikoinventarisierung in den Departementen findet jedoch wie bislang jährlich statt. Das Risikokzept wurde entsprechend angepasst.

### 18.1.3 Mystery Patient Pilotprojekt (ambulanter Bereich)

Die Servicequalität wird im Kantonsspital Graubünden sehr hoch bewertet. Aus diesem Grund wurde im Berichtsjahr ein Pilotprojekt zum Mystery Patient, d.h. die anonyme Bewertung des Spitals durch die ambulanten Patientinnen und Patienten, vorbereitet. Der Pilotstart erfolgte im Frühling 2019; mit den ersten Ergebnissen kann bis Frühsommer gerechnet werden.

Um einen optimalen Abgleich zum Grünen Fragebogen, dem Fragebogen zur Messung der ambulanten Patientensicherheit zu erhalten, wurde zeitgleich eine ambulante Patientenumfrage im Fachbereich Nephrologie umgesetzt. Im Vergleich beider Messmethodiken wird nach Pilotabschluss entschieden werden, welcher Weg zukünftig im ambulanten Sektor eingeschlagen werden wird, um optimale Verbesserungsmöglichkeiten zu erhalten.

### 18.1.4 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 laufende Kommunikationsmassnahmen umgesetzt.

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

### 18.1.5 Feedbacktool

Beschwerden und kritische Feedbacks sind ein wichtige Quelle für die Weiterentwicklung. Das Kantonsspital Graubünden nimmt jede Beschwerde ernst. Pro Departement gibt es gemäss Beschwerdekonzepkt ein/e Beschwerdeverantwortliche/n. In der hausweiten Evaluation des Beschwerdemanagements zeigte sich nun der Bedarf an einem softwareunterstützten Workflow bei der Bearbeitung.

Ab Winter 2018 startete das diesbezügliche Pilotprojekt "Feedbacktool". Aktuell sind drei Kerndepartemente am Pilotprojekt beteiligt; die hausweite Umsetzung ist per 1. Januar 2020 geplant.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Q-Aktivitäten

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

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

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierungen im Überblick

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

- Gesamtspital: SanaCERT Suisse
- Controlling: REKOLE (Standard für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler)
- Institut für Spitalpharmazie: ISO 9001:2008, ISO 9001
- Institut für Spitalpharmazie: RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken
- Institut für Spitalpharmazie: GMP - PIC
- Zentrallabor: Ringversuche Labor, Jahr: 2012, 2013/2014, 2016
- Zentrallabor: Akkreditierung zu ISO/IEC 17025 und 15189 im Dezember 2018 bestanden
- Radio-Onologie: ISO 9001:2008
- Handchirurgie: Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie
- *rettung chur*: IVR Anerkennung
- Palliative Care: Label "Qualität in Palliative Care"
- Onkologie/Hämatologie: Externe Kontrolle durch SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung)
- Rauchstoppberatung: Zertifizierung FTGS / ENSH
- Stroke Unit: Zertifizierung Stroke Unit
- Pulmonale Rehabilitation, Zertifikat ambulante pulmonale Rehabilitation
- Zertifizierung Kinderwunschzentrum
- Brustzentrum, Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) und Krebsliga Schweiz
- Endometriosezentrum, Stiftung Endometrioseforschung
- PET Umwelt-Zertifikat: 2017 (wird ab 2017 jährlich vergeben)
- Küche: Hygienekontrolle HACCP, Jahr: 2013, 2015, 2016, 2017
- Spitaltechnik / OP: GOP (Good Operating Practice) Technik/Lüftung/Klima (OP1, OP2, OP4) KRZ, Jahr: 2008, 2011

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

## 19 Schlusswort und Ausblick

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

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



Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. von Toggenburg".

Monica von Toggenburg  
Vorsitzende der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.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
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>
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere 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
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>

Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
<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
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle 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)
Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
<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>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. Woche und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)
Hochspezialisierte Neonatologie (< 28. Woche und < 1000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

### Bemerkungen

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

### Departement Institute:

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

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

### **Departement Innere Medizin:**

Ergänzung zum Basispaket: Innere Medizin mit zertifizierter Palliativstation (qualitépalliative mit dem Label ‚Qualität in Palliative Care‘ > siehe auch Zertifizierungen) sowie Akutgeriatrie

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

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

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

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

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

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

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, Kinderreumatologie, Neuro-/Entwicklungspädiatrie und Neuropsychologie

### **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)

**Qualitäts- und Risikomanagement****Ziele 2018 der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement****1. Umsetzung der Messempfehlungen des ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken**

- 1.1 Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen nach der SQLape Methode
- 1.2 Potenziell vermeidbare Reoperationen nach der SQLape Methode
- 1.3 Patientenzufriedenheit
- 1.4 Prävalenzmessung Sturz mit dem Messinstrument LPZ
- 1.5 Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Messinstrument LPZ
- 1.6 Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO
- 1.7 Registrierung im siris-Knie- und Hüftimplantatregister

**2. Phase der SanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital 2020**

- 2.1 Die Empfehlungen aus dem SanaCERT Re-Zertifizierungsauditbericht 2017 sind beurteilt und - wo sinnvoll - in Umsetzung.
- 2.2 Die SanaCERT Standards für 2020 sind ausgewählt und von der GL genehmigt.
- 2.3 Das Überwachungsaudit ist erfolgreich durchgeführt (inklusive Auflagen aus Audit 2017).

**3. Umfragen**

- 3.1 Das Umfragekonzept KSGR ist revidiert und verabschiedet.
- 3.2 Das Pilotprojekt der ambulanten Patientenumfrage ist im D5 Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt.

**4. Mitarbeiterumfrage**

- 4.1 Der Schlussbericht zur Mitarbeiterumfrage 2017 ist verabschiedet.
- 4.2 Die Zusatzanalysen sind erstellt und die Massnahmen sind in Umsetzung.

**5. Klinisches Risikomanagement**

- 5.1 Der Integrierte Risikomanagementbericht 2017 ist verabschiedet.
- 5.2 Eine Risikoidentifikation und Risikobewertung 2018 ist hausweit durchgeführt.
- 5.3 Der Integrierte Risikomanagementbericht 2018 ist in Erstellung.

**6. Beschwerdemanagement**

- 6.1 Eine Evaluation des Beschwerdemanagements ist durchgeführt.

## 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 (**FKQ**), 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.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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