



# Qualitätsbericht 2019

## Kantonsspital Graubünden



Bei uns sind Sie in besten Händen

Nach den Vorgaben von



 **Kantonsspital**  
Graubünden

## Impressum

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

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

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

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	23
4.5 Registerübersicht .....	24
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	27
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>31</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>32</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>32</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	32
5.2 Eigene Befragung .....	34
5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) und zur Erhebung der ambulanten Patientenzufriedenheit (Grüner Fragebogen) .....	34
5.3 Beschwerdemanagement .....	35
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>36</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	36
6.2 Eigene Befragung .....	37
6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin .....	37
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>38</b>
7.1 Eigene Befragung .....	38
7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage .....	38
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>39</b>
8.1 Eigene Befragung .....	39
8.1.1 Zuweiserumfrage .....	39
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>40</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>40</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	40
<b>10 Operationen</b> .....	<b>41</b>
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>41</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	41
<b>12 Stürze</b> .....	<b>42</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	42
12.2 Eigene Messung .....	43
12.2.1 Monatliche Auswertung über KIS-System .....	43
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>44</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	44
13.2 Eigene Messungen .....	45

13.2.1	Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen mit Auswertung durch Leitung Pflegeentwicklung .....	45
<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....</b>	<b>46</b>
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	46
14.1.1	Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten .....	46
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>47</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	47
17.1.1	Qualitätsmessungen in Fachbereichen.....	47
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>48</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	48
18.1.1	SanaCERT Re-Zertifizierung .....	48
18.1.2	Integrales Risikomanagement.....	49
18.1.3	Patienten-Identifikation.....	49
18.1.4	Mystery Patient Pilotprojekt (ambulanter Bereich) .....	50
18.1.5	Feedbacktool.....	50
18.1.6	Interaktives Lernsetting .....	50
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 .....	50
18.2.1	Q-Aktivitäten.....	50
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	51
18.3.1	Zertifizierungen im Überblick.....	51
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>52</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>53</b>
Akutsomatik .....		53
<b>Anhang 2 .....</b>		<b>57</b>
<b>Herausgeber .....</b>		<b>58</b>

## 1 Einleitung

Das Kantonsspital Graubünden verfügt über ein vielseitiges medizinisches, chirurgisches, gynäkologisches, pädiatrisches und geriatrisches Angebot. Mit 33 verschiedenen Fach-Disziplinen bieten wir die meisten Behandlungsformen eines modernen Zentrumsspitals an. Rund 2300 engagierte und kompetente Mitarbeitende in zehn verschiedenen Departementen (Direktion, Institute, Chirurgie, ANIR (Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung), Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pflege und Fachsupport, Services und Infrastruktur) machen dies möglich. Wir sind der grösste selbstständige Arbeitgeber des Kantons. Unser wichtigstes Ziel ist es, den Aufenthalt, die Pflege und die medizinische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auf einem hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten und stetig nachhaltig zu verbessern.

Dazu verfügen wir über ein seit vielen Jahren etabliertes integrales Qualitäts- und Risikomanagement-System. Die zentralen Aspekte der Patientenversorgung beurteilen und bearbeiten wir laufend anhand von acht Standards nach SanaCERT Suisse, der unabhängigen Schweizerischen Stiftung für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In regelmässigen Abständen lassen wir uns zertifizieren.

Beschwerden und kritische Feedbacks stellen eine wichtige Quelle für die stetige Leistungsverbesserung und generelle Weiterentwicklung eines Akutspitals dar. Das Kantonsspital Graubünden nimmt daher jede Rückmeldung ernst und hat 2019, um die Bearbeitung von Beschwerden und kritischen Feedbacks zu optimieren, erfolgreich das Pilotprojekt ‚Feedbacktool‘ durchgeführt. Die entsprechende Software ist ab 1. Januar 2020 produktiv. Weiter konnte im Berichtsjahr das Bettenhaus M der Kinderklinik im Rahmen des Bauprojekts SUN fertiggestellt und bezogen werden. Auch die weiteren Bauarbeiten schreiten vielversprechend voran und wurden am Tag der offenen Baustellen von rund 2500 Besucherinnen und Besuchern besichtigt. Ein weiteres Projekt, welches 2019 im Kantonsspital Graubünden durchgeführt wurde, ist das Pilotprojekt Mystery Patient zur Optimierung der Servicementalität. In dessen Rahmen haben ambulante Patientinnen und Patienten zweier verschiedener Ambulatorien (Medizinische Tagesklinik und Radiologie) anonyme Bewertungen des Spitals verfasst. Die bisher bereits ausgewerteten Daten zeigen hohe Zufriedenheitswerte auf.

Um eine optimale, qualitativ hochstehende Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu erreichen, braucht es Transparenz und Akzeptanz der Messresultate, Bereitschaft und Wille zur Realisierung des gefundenen Verbesserungspotentials sowie den unermüdlichen Einsatz aller Mitarbeitenden im Spital sich stetig zu verbessern. Das grosse Vertrauen, welches unsere Patientinnen und Patienten uns entgegenbringen, wird – wie Sie dem Bericht entnehmen können – auch im 2019 wiederum in der sehr hohen Patientenzufriedenheit sichtbar.

Freundliche Grüsse



Dr. oec. HSG Arnold Bachmann  
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Den Qualitätsbericht sowie weitere Informationen zur Struktur und zum Dienstleistungsumfang des KSGR finden Sie auch auf unserer Homepage [www.ksgr.ch](http://www.ksgr.ch).

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 (Die 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 mindestens 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 Monica von Toggenburg  
Qualitäts- und Risikobeauftragte, Mitglied der  
Geschäftsleitung  
+41 81 256 66 20  
[monica.vontoggenburg@ksgr.ch](mailto:monica.vontoggenburg@ksgr.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch und die Patientensicherheit des Kantonsspitals 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, 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 Risikoziele 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 2019 sind im Anhang hinterlegt.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

#### **SanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital: Erfolgreiches Überwachungsaudit 2019**

Nach erfolgreicher Re-Zertifizierung durch SanaCERT Suisse im Jahr 2017 wurden 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
- Dekubitusprävention und -behandlung (neu)

Gemäss Reglement über die Zertifizierung von 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 weiterhin einwandfrei wirksam ist und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zu deren Ablauf gegeben sind. Das Überwachungsaudit am 27. November 2019 verlief reibungslos; alle Standards befinden sich in guter Umsetzung.

#### **Feedbacktool**

Das Pilotprojekt 'Feedbacktool' zur softwareunterstützten Bewirtschaftung von Beschwerden und kritischen Feedbacks ist erfolgreich verlaufen. Das Feedbacktool erleichtert die Bearbeitung von Beschwerden und kritischen Feedbacks mittels Workflow und verhindert Doppelspurigkeiten. Im Herbst 2019 wurden Schulungen durchgeführt und ab 1. Januar 2020 ist die Software produktiv. Die erste hausweite Analyse wird voraussichtlich im Herbst 2020 stattfinden.

#### **Interaktives Lernsetting**

Um auf verschiedene Fehler beziehungsweise Gefährdungen der Patientensicherheit zu sensibilisieren, wurde das interaktive Lernsetting im Rahmen der Aktionswoche Patientensicherheit der Stiftung für Patientensicherheit ins Leben gerufen. Dazu wurde ein Simulationsraum mit versteckten Fehlern eingerichtet. Die Aktion stiess auf viel Zustimmung, was sich auch darin zeigte, dass 98% der Teilnehmenden sich eine Wiederholung wünschten.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

**Die Qualitäts- und Risikoziele 2019 (siehe Anhang) konnten im Berichtsjahr umgesetzt respektive erreicht werden. In der Zielüberprüfung zeigte sich ein Zielerreichungsgrad von 95%.**

**Die Qualitätsschwerpunkte lagen auf dem erfolgreich bestandenen SanaCERT Überwachungsaudit, der Umsetzung des Feedbacktools und der Durchführung des interaktiven Lernsettings.** Für zusätzliche Informationen wird diesbezüglich auf das Kapitel 3.1 verwiesen. Weitere erreichte Qualitätsziele werden im Folgenden kurz beschrieben.

### **Umsetzung der Messempfehlungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ**

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 im Quality Dashboard aufgenommen:

1. Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mittels SQLape
2. Patientenzufriedenheit
3. Prävalenzmessung Sturz mit dem Instrument LPZ
4. Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Instrument LPZ
5. Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO
6. Registrierung im siris-Knie- und Hüftimplantatregister

Die Messungen verlaufen routinemässig.

### **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 Beschwerdekonzept wird das hausweite Beschwerdemanagement (BM) von definierten Beschwerdeverantwortlichen umgesetzt. Durch eine hausweite Evaluation des BM konnte der Bedarf nach einer Software zur Unterstützung der Bearbeitung aufgedeckt werden. Das daraufhin lancierte Pilotprojekt 'Feedbacktool' ist erfolgreich verlaufen. Das Feedbacktool erleichtert die Bewirtschaftung von Beschwerden und kritischen Feedbacks mittels Workflow und verhindert Doppelspurigkeiten. Im Herbst 2019 wurden Schulungen durchgeführt und ab 1. Januar 2020 ist die Software produktiv. Die erste hausweite Analyse wird voraussichtlich im Herbst 2020 stattfinden.

### **Quality Dashboard**

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

### **Interne Audits des Qualitätsmanagements**

Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement führt jährlich interne Audits im Sinne einer Selbstbewertung durch. 2019 fanden Audits in den Standards Qualitätsmanagement, Sichere Medikation, Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten (Delir) und Ernährung statt. Die Empfehlungen aus dem Gesamtauditbericht werden – wo sinnvoll – umgesetzt.

### 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.

Daneben spielt die prospektive, präventive und systematische Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung im Rahmen des Integralen Risikomanagements eine immer wichtigere Rolle.

Das Integrale Risikomanagement wird weiterentwickelt und vermehrt verankert. Die Grundhaltung des Kantonsspitals Graubünden bleibt partnerschaftlich, transparent und engagiert. Daher wird weiterhin - auch auf nationaler Ebene - an Qualitäts- und Risikothemen mitgewirkt, sei das durch die Teilnahme an nationalen Programmen oder Pilotprojekten oder durch Einsitze in nationale Gremien.

## 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen</li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitätskontrollen des Gesundheitsamtes Graubünden ab 2016</li> </ul>

#### Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden hat fristgerecht die Erfordernisse der Qualitätskontrolle des Gesundheitsamtes Graubünden eingereicht. Der Kantonsarzt wurde 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.</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monatliche Auswertung über KIS-System</li> </ul>
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen mit Auswertung durch Leitung Pflegeentwicklung</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
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011 andauernd
<b>Begründung</b>	Freiwillige hausweite Zertifizierung zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Erhöhung der Patientensicherheit

##### 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 Mitarbeitende

##### 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
<b>Begründung</b>	Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden.

##### 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.

## Qualitätsentwicklung im Pflegedienst

<b>Ziel</b>	Definition und Weiterentwicklung der Pflegequalität, Steuerung der Entwicklung & Überprüfung von Pflegestandards. Im Jahr 2019 erstmalige Erarbeitung einer Pflegestrategie KSGR.
<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 Audits / Projekten

## 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.

## 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).

## Prozessmanagement

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

## 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 (von...bis)</b>	Punktuell ab 2011 / ab 2020f. SAP Lösung
<b>Begründung</b>	Aktuell wird das Learning Management System LMS im Rahmen der HR-Digitalisierung mit SAP SuccessFactors konfiguriert.

## 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 (von...bis)</b>	ab Februar 2011

## Konzept Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Optimaler Umgang mit Beschwerden
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2013
<b>Begründung</b>	In 2018 fand eine Evaluation des Beschwerdemanagements statt (Q-Jahresziel). 2019 wurde ein Pilotprojekt zur softwaregestützten Bewirtschaftung entwickelt.

## CIRS Lernsystem

<b>Ziel</b>	Hausweite CIRS Umsetzung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	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.

## 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

## 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

## Kampagnen H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Schulung und Umsetzung 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

## Integrales Risikomanagement mit Entwicklung eines Risiko-Dashboards

<b>Ziel</b>	Laufende Umsetzung eines Integralen Risikomanagements
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011 in Zusammenarbeit mit der Hochschule Wirtschaft Luzern
<b>Begründung</b>	Umsetzung Risikomanagement als letzter Baustein eines umfassenden QM-Systems. Aktuell Entwicklung eines Risiko-Dashboards für die Wirksamkeit der Massnahmen.

## 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 (von...bis)</b>	laufend
<b>Begründung</b>	Ab 01.01.2014 Neuschaffung eines Ressorts Qualität im Departement Chirurgie

## 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 (von...bis)</b>	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 (von...bis)</b>	Seit 2007
<b>Begründung</b>	Ab 2018: Extern durch die Firma Movis SG mit interner Schnittstelle HRM

## 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 (von...bis)</b>	Hausweite Umsetzung
<b>Begründung</b>	Zusätzlich Q-Richtlinie zur Sicherer Patienten-Identifikation, interne Audits. Massnahmen laufend in Umsetzung.

## 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 (von...bis)</b>	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.

## 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)	2019

## 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

## 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

## Pflege-Audits

<b>Ziel</b>	Überprüfung der evidenzbasierten Pflege
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	jährlich

## 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 (von...bis)</b>	laufend

## Lean Management

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

## 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 (von...bis)</b>	Ab 2017

## 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
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	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 laufend
<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.

## Pilotprojekt Mystery Patient

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Servicementalität
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Einzelne Stationen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Ab 2019

**Bemerkungen**

Die ausgeführten Q-Aktivitäten sind ein **Auszug der vielseitigen Massnahmen** im Qualitäts- und Risikobereich des Kantonsspitals Graubünden. Alle gesetzlich geforderten Q-Aktivitäten werden vollumfänglich durchgeführt.

#### 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 2013 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.

Die CIRS Organisation beinhaltet **24 Meldekreise 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**. 2019 wurde gemäss Konzept Aggressionsmanagement das Formular zur Aggressionserfassung implementiert.

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.

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

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	seit 2012
<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 c/o Adjumed Services AG <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	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG <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	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie <a href="http://ibdcohort.ch/">http://ibdcohort.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, Bariatrie	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2011
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2000
<b>SPSU</b> Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) <a href="http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/spsu.html">www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/spsu.html</a>	1995
<b>STR</b> Schweizer Traumaregister  Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.ch">www.adjumed.ch</a>	2014
<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.

**Internationales Alpines Traumaregister (IATR):** Systematische Erfassung von Bergungen im alpinen Gelände.

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

**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 HerzKreislaufstillstand 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 HerzKreislaufstillstand weiterverbessert werden können. Am Register SWISSRECA nimmt die Rettung Chur, Kantonsspital Graubünden seit Startdatum teil.

**Register für Koronarinterventionen:** Wird jährlich im Swiss Medical Weekly veröffentlicht.

**Urologie Register:** Datenerfassung für Prostatektomie, Nephrektomie und Cystektomie via Adjumed

## 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/ ISO 9001:2015	Institut für Spitalpharmazie	2006	2019	
GMP - PIC	Institut für Spitalpharmazie	1998	2018	Das Institut für Spitalpharmazie wurde 2009 durch die regionale Fachstelle Zentral- und Ostschweiz nach GMP und PIC auditert, zum Zweck die kantonale Herstellungsbewilligung und die Swissmedic Gross-Handelsbewilligung zu verlängern.
IVR-Anerkennung	rettung chur	2002	2017	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 2017 das Re-Zertifizierungsaudit durch SanaCERT Suisse, der Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, mit Bestnoten bestanden. Die Re-Zertifizierung findet im Jahr 2020 statt.
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 findet im 2022 statt.
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	2019	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	Ausgezeichnet mit „Bronze

				Zertifikat“ des Forums Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz (FTGS) und Erfüllung der Qualitätskriterien nach den Standards des ENS. Die Re-Zertifizierung findet 2020 statt.
Zertifizierung ISO 9001:2008/ ISO 9001:2015	Institut für Radio-Onkologie	2016	2019	Audit in 2019 erfolgreich bestanden.
Zertifizierung Stroke-Unit	Stroke Unit	2016	2019	
REKOLE	Controlling	2011	2019	Standards für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler.
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM)	Kinderwunschzentrum	2016	2016	Die Re-Zertifizierung findet 2020 statt.
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 und 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		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.20	4.19	4.16 (4.09 - 4.22)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.57	4.61	4.52 (4.45 - 4.58)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.58	4.58	4.58 (4.52 - 4.64)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46	4.47	4.55 (4.47 - 4.63)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.04	4.05	4.00 (3.92 - 4.08)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.50 %	89.70 %	88.40 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			1066
Anzahl eingetreffener Fragebogen	551	Rücklauf in Prozent	52 %

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 2018 zeigen, dass das Kantonsspital Graubünden in allen Bereichen über dem Durchschnitt der Schweizer Akutspitäler auf demselben Versorgungsniveau (VN 2) liegt. Die Rücklaufquote lag bei rund 52 Prozent. Im pädiatrischen Bereich wird der ursprüngliche ANQ Fragebogen mit 10er Skala eingesetzt. Auch in diesem Bereich verzeichnen wir sehr gute Ergebnisse.

Im Vergleich zu den bereits vorliegenden Werten 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 Bereich liegt. Es wird nach wie vor eine 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.

Neben der punktuellen Messung durch die nationale Patientenumfrage verzeichnet die Dauermessung im stationären Bereich (Gelber Fragebogen) ebenso eine hohe Patientenzufriedenheit. Im Pädiatriebereich erreichten wir 2019 einen Rücklauf von 70 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 gleichbleibend hohe 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 jährlich genehmigt.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

### Bemerkungen

Die Anzahl der angeschriebenen Patienten und der eingetroffenen Fragebogen bezieht sich auf das Jahr 2018. Die Messergebnisse 2019 werden im H+ Qualitätsbericht 2020 enthalten sein; der Index der Erwachsenenbefragung liegt erst im Herbst 2020 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 in ausgewählten ambulanten Fachbereichen eingesetzt. Der Grüne Fragebogen wurde in zwei umfangreichen Pilotprojekten mit teststatistischer Überprüfung entwickelt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

#### **Ergebnisse Gelber Fragebogen zur Messung der stationären Patientenzufriedenheit 2019:**

Auch im Berichtsjahr 2019 zeigen sich **positive Patientenzufriedenheitswerte** im stationären Bereich mit einem Gesamtdurchschnittswert von 4.4 (bei max. 5). Der Rücklauf liegt bei 38% im Erwachsenenbereich und bei 70% im Kinder- und Jugendbereich. Insgesamt gingen 4'103 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 und Beispiele von getroffenen Massnahmen sind im jährlichen Analysebericht Gelber Fragebogen enthalten. Dieser wird jeweils von der Geschäftsleitung genehmigt und breit kommuniziert.

Auch im ambulanten Bereich verzeichnen die Messungen positive Patientenzufriedenheitswerte. Hier erhält der jeweilige ambulante Fachbereich seine Ergebnisse direkt mit Fokus auf einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Schliessung des PDCA-Qualitätskreislauf. Im Berichtsjahr wurde der grüne Fragebogen für die Nephrologie und Dialyse angepasst. Der ambulante Bereich deckt sowohl die Erwachsenen als auch die Pädiatrie mit einem Grünen Fragebogen in zwei Versionen ab.

Der ehemalige SanaCERT Qualitätsstandard „Erhebung von Patientenurteilen“ wurde im Rahmen des obligatorischen Überwachungsaudits 2019 extern überprüft.

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 der 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).

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 eingetretener 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 (Gelber Fragebogen; siehe entsprechendes Kapitel). Der Fragebogen richtet sich an die Eltern und Bezugspersonen respektive an die Jugendlichen selbst und beinhaltet die ANQ-Pädiatriefragen.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE, Unisanté, 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.

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

Sobald der ANQ-Pädiatriefragebogen weiterentwickelt ist, wird der Gelbe Fragebogen im Pädiatriebereich dementsprechend angepasst werden.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

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

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

Informationen zu den Messergebnissen 2019 sehen Sie unter dem Kapitel 5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Der Gelbe Fragebogen beinhaltet die ANQ-Pädiatriefragen

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Für die strategisch wichtige Anspruchsgruppe Mitarbeitende 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 Vergleichsspitäler: 53.2 Prozent).

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 erzielten 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.

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 Mitarbeitendenfragebogen 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 2017 von der Geschäftsleitung genehmigt.

Die nächste Zuweiserumfrage erfolgt im Jahr 2020.

Die Leitung Zuweisungsmanagement 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 weiteren 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	-	18.05%
Verhältnis der Raten*	0.84	0.92
Anzahl auswertbare Austritte 2017:		12742

\* 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

Seit 01.01.2017 wird der SQLape Monitor im Kantonsspital Graubünden eingesetzt.

Die potenziell vermeidbare Reoperationsrate wird seit 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 (BFS MedStat) der Spitäler berechnet.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- \*\*\* Blinddarm-Entfernungen 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 2018 bis zum 30. September 2019 für die Eingriffe ohne Implantat und vom 1. Oktober 2017 bis zum 30. September 2018 für die Eingriffe mit Implantat wurden von SwissNOSO Anfang 2020 an die Spitäler versandt. **Momentan werden diese Ergebnisse hausintern analysiert.**

Die interne Qualitätsüberprüfung läuft kontinuierlich.

#### Angaben zur Messung

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	6	5	7	6
In Prozent	3.40%	2.90%	4.90%	3.60%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	167	Anteil in Prozent (Antwortrate)		76.30%

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/).

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> 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

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Monatliche Auswertung über KIS-System

Ab 2016 wird der Pflegeindikator Sturz im Klinikinformationssystem (KIS) flächendeckend erfasst. Das Reporting, d.h. die Analysen und Berichterstellungen, wird durch die Leitung Pflegeentwicklung ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	KSGR (KIS)
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 Scherkräften.

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

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

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

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	5	3	6	1	0.60%
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019	169	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			77.20%	

##### 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	0	0.00%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2018	0	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			0.00%	

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 2019 intern evaluiert. Zusätzlich widmet sich eine Arbeitsgruppe im Rahmen der Bearbeitung des SanaCERT Qualitätsstandards "Dekubitusprävention und -behandlung" intensiv dem Pflegeindikator Dekubitus. Die erste externe Überprüfung dieses Standards fand im November 2018 anlässlich des obligatorischen SanaCERT Überwachungsaudits statt. Die nächste Überprüfung findet im Rahmen der SanaCERT Re-Zertifizierung im November 2020 statt.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</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 mit Auswertung durch Leitung Pflegeentwicklung

Gemäss Dekubituskonzept des Kantonsspitals Graubünden sind auf jeder Bettenstation Dekubitusverantwortliche definiert. Diese werden entsprechend geschult; Dekubiti werden systematisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Das Thema wird direkt in die Bearbeitung des SanaCERT Q-Standards Dekubitusprävention und -behandlung 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 2019 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 und Patienten zur Vorbeugung von risikoreichen Situationen mit 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.

#### 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 2019 durchgeführt.

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

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 SanaCERT Re-Zertifizierung

Das Kantonsspital Graubünden verpflichtet sich in 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.

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: Dekubitusprävention und -behandlung (neu)

Die Qualitätsstandards werden in Arbeitsgruppen bearbeitet. Die Q-Standards, welche nicht mehr für eine Re-Zertifizierung weitergeführt werden und in die Linie übergegangen sind, werden ebenfalls 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 damals noch kein unternehmensweites, systematisches Risikomanagement (RM), welches alle Departemente und alle Prozesse umfasst. Auf der Grundlage einer Analyse der Hochschule Luzern - Wirtschaft fasste die Geschäftsleitung 2014 den Beschluss, die Bereiche in einem integralen Risikomanagement (iRM) zusammenzuführen. Mit der Einführung des iRM konnte 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 iRM** 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.

2018 wurde der **dritte Integrale Risikomanagementbericht samt Massnahmenplan 2019** auf der Grundlage der Risikoevaluation/-prüfung und -bewertung aus dem Vorjahr erstellt und 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 nun alle zwei Jahre verfasst; die Risikoinventarisierung in den Departementen findet jedoch wie bislang jährlich statt. Das Risikokzept wurde entsprechend angepasst.

### 18.1.3 Patienten-Identifikation

Der Patientensicherheit misst das Kantonsspital Graubünden nach wie vor einen zentralen Stellenwert bei. 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](#)

### 18.1.4 Mystery Patient Pilotprojekt (ambulanter Bereich)

Die Servicequalität wird im Kantonsspital Graubünden sehr hoch gewertet. Aus diesem Grund wurde 2018 ein Pilotprojekt zum Mystery Patient, d.h. die anonyme Bewertung des Spitals durch ambulante Patientinnen und Patienten, vorbereitet.

Das Pilotprojekt wurde in zwei verschiedenen Ambulatorien (Medizinische Tagesklinik und Radiologie) durchgeführt. Der Pilotstart erfolgte im Frühling 2019. Um einen optimalen Abgleich zum Grünen Fragebogen, dem Fragebogen zur Messung der ambulanten Patientensicherheit, zu erhalten, wurde zeitgleich eine ambulante Patientenumfrage im Fachbereich Nephrologie / Dialyse umgesetzt. Diese wurde im Juli 2019 mit einem guten Rücklauf beendet.

Die Durchführung des Pilotprojektes Mystery Patient in der medizinischen Tagesklinik konnte im September 2019 mit der Ergebnispräsentation einer externen Firma abgeschlossen werden. Die anonyme Patientenumfrage wies hohe Zufriedenheitswerte aus.

Bereits im Oktober 2019 wurde anschliessend die zweite Durchführung des Pilotprojektes Mystery Patient auf der Radiologie gestartet. Nach dessen Abschluss wird voraussichtlich im Frühling 2020 die Auswertung der gesammelten Daten beginnen, woraufhin alle Resultate (zwei Abteilungen Mystery Patient versus Grüner Fragebogen intern) verglichen und vorgestellt werden. Auf dieser Grundlage soll schliesslich über das weitere Verfahren zur Messung der Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich entscheiden werden.

### 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 Beschwerdekonzzept ein/e Beschwerdeverantwortliche/n. In der hausweiten Evaluation des Beschwerdemanagements zeigte sich der Bedarf an einem softwareunterstützten Workflow bei der Bearbeitung.

Im Winter 2018 startete daraufhin das Pilotprojekt "Feedbacktool". Die Software erleichtert die Bearbeitung von Beschwerden und kritischen Feedbacks mittels Workflow und verhindert Doppelspurigkeiten. Im Herbst 2019 wurden Schulungen durchgeführt und ab 1. Januar 2020 ist die Software produktiv.

### 18.1.6 Interaktives Lernsetting

Um auf verschiedene Fehler beziehungsweise Gefährdungen der Patientensicherheit zu sensibilisieren, wurde das interaktive Lernsetting im Rahmen der Aktionswoche Patientensicherheit der Stiftung für Patientensicherheit ins Leben gerufen. Dazu wurde ein Simulationsraum mit versteckten Fehlern eingerichtet. Die Aktion stiess auf viel Zustimmung, was sich auch darin zeigte, dass sich 98% der Teilnehmenden eine Wiederholung wünschten.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 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 gut erfüllte Zielerreichung.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierungen im Überblick

Die folgende Auflistung stellt einen Auszug verschiedener aktueller Zertifizierungen im Kantonsspital Graubünden dar (nicht abschliessend):

- Gesamtspital: SanaCERT Suisse
- Controlling: REKOLE (Standard für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler)
- Stroke Unit: Zertifizierung Stroke Unit
- Institut für Spitalpharmazie: ISO 9001:2008, ISO 9001
- Rauchstoppberatung: Zertifizierung FTGS / ENSH
- Palliative Care: Label "Qualität in Palliative Care"
- Zertifizierung Kinderwunschzentrum
- Re-Zertifizierung Brustzentrum

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Antwort des Kantonsspitals Graubünden auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung in allen Bereichen unter der Prämisse der Schliessung des PDCA-Qualitätskreislaufes. Weiterentwicklung im Qualitäts- und Sicherheitsbereich heisst dabei an erster Stelle, die Patientensicherheit kontinuierlich zu sichern und zu erhöhen. Ein integrales Risiko- und Qualitätsmanagement ist dabei eine wichtige Unterstützung und verbindet mit diesem ganzheitlichen Ansatz alle Bereiche innerhalb des Spitals.

Qualität ist Ausdruck der Orientierung an unseren Patientinnen und Patienten. Qualitativ hochstehend versorgte Patientinnen und Patienten sind unsere Vision. Qualitativ hochstehende Leistungserbringung und Patientensicherheit unser oberstes Ziel.



Freundliche Grüsse

Monica von Toggenburg  
Vorsitzende der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement  
Qualitäts- und Risikobeauftragte des Kantonsspital Graubünden  
Mitglied der Geschäftsleitung

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
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
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</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 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)
Elektrophysiologie (Ablationen)
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
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose
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
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatalogie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)
Hochspezialisierte Neonatalogie (< 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 Chirurgie:

Bewegungsapparat chirurgisch: Ergänzung: Tumore am Bewegungsapparat

**Departement Innere Medizin:**

Ergänzung zum Basispaket: „Infektiologie“, „Sprechstunden Osteologie, Personalärztlicher Dienst, Adipositas, Chronic Fatigue Syndrome (CFS)“ und „Reisemedizin“ (Infektiologie)

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): Ergänzung mit "Neuropsychologie", Anpassung in „Zerebrovaskuläre Störungen (mit **SFCNS-zertifizierter Stroke Unit**)“, Beibehaltung der übrigen Leistungsuntergruppen

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

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

Herz: Ergänzung mit „ambulante kardiale Rehabilitation, Kardiofit“, "Linksherzunterstützungssysteme (Impella)" und „Elektrophysiologie (Ablationen)“

Nieren: Ergänzung mit "Transplantations-Sprechstunde"

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)

Weitere Ergänzung mit: "Interventionelle Bronchoskopie", "Höhen-, Gebirgs- und Tauchmedizin" und "Rauchstopp-Beratung (Bronze-zertifiziert von der FTGS [„Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz“])"

Strahlentherapie (Radio-Onkologie): Onkologie wird ergänzt mit „Psychoonkologie“ und „Komplementäre und integrative Medizin“

Querschnittsbereiche: Akutgeriatrie Kompetenzzentrum und Palliative Care Kompetenzzentrum (qualitépalliative mit dem Label „Qualität in Palliative Care“)

Ergänzung – Interdisziplinäre Angebote:

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

**Departement Kinder- und Jugendmedizin:**

Spezialisierungen: Adoleszentenmedizin und Kinder-/Jugendgynäkologie, Entwicklungspädiatrie, Humangenetische Sprechstunde, Kinderchirurgie, Kinderendokrinologie/ -diabetologie, Kindergastroenterologie, Neonatologie, Kinder-Intensivmedizin, Kinderkardiologie, Kinderhämатologie/ Kinderonkologie, Kinderorthopädie/ Neuroorthopädie, Kinderpneumologie, Allergologie und Immunologie, Kinderpolysomnographie, Kinderrheumatologie, 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, Akupunktursprechstunde), Betreuung von Risiko-Schwangerschaften (Perinatalzentrum)

Bei uns sind Sie in besten Händen

Qualitäts- und Risikomanagement

## Ziele 2019 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 Patientenzufriedenheit
- 1.3 Prävalenzmessung Sturz mit dem Messinstrument LPZ
- 1.4 Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Messinstrument LPZ
- 1.5 Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO
- 1.6 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 - wo sinnvoll - in Umsetzung. Die Auflagen im Standard Ernährung sind grösstenteils erfüllt.
- 2.2 Das Überwachungsaudit 2019 ist in einer „Generalprobe“ für die neuen Standards und für den Standard Ernährung (Auflagen) erfolgreich durchgeführt.

### 3. Umfragen

- 3.1 Das Pilotprojekt zu Mystery Patient ist durchgeführt (zwei Ambulatorien D4, Grüner Fragebogen).
- 3.2 Das weitere Vorgehen zu Mystery Patient ist verabschiedet.

### 4. Risikomanagement

- 4.1 Das Risiko-Dashboard ist bis Ende 2019 genehmigt.
- 4.2 Der Grundsatzentscheid zur CIRS-Definition ist getroffen.
- 4.3 Der Integrierte Risikomanagementbericht 2018 ist genehmigt.
- 4.4 Eine Risikoidentifikation und Risikobewertung 2019 ist hausweit durchgeführt.

### 5. Beschwerdemanagement

- 5.1 Das Pilotprojekt zum Feedbacktool zur technischen Unterstützung bei Beschwerden und kritischen Feedbacks ist bis Ende März 2019 umgesetzt.
- 5.2 Das Feedbacktool ist bis Ende 2019 hausweit implementiert.

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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