



Qualitätsbericht 2009

Kantonsspital Graubünden



Bei uns sind Sie in besten Händen

Nach den Vorgaben von



 **Kantonsspital**
Graubünden

Inhalt

1.	Einleitung.....	3
2.	Qualitätsstrategie.....	4
2.1	Qualitätsstrategie: Mission, Kultur und Ziele.....	4
2.2	Qualitätsschwerpunkte.....	5
2.3	Erreichte Qualitätsziele.....	6
2.4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	7
2.5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	8
2.6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	9
3.	Betriebliche Kennzahlen.....	10
3.1	Akutsomatik.....	10
3.2	Langzeitpflege.....	10
4.	Kennzahlen zur Qualitätssicherung.....	11
4.1	Zufriedenheitsmessungen.....	11
4.1.1	Stationäre Patienten.....	11
4.1.2	Ambulante Patienten.....	12
4.1.3	Mitarbeitende.....	13
4.1.4	Zuweiser.....	16
4.2	ANQ-Indikatoren.....	17
4.2.1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte.....	17
4.2.2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen.....	17
4.2.3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO.....	17
4.3	Weitere Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	19
4.4	Interne Qualitätsindikatoren.....	20
4.4.1	Pflegeindikator >Sturz<.....	21
4.4.2	Pflegeindikator >Dekubitus< (Wundliegen).....	21
4.4.2.1	Präventionsmassnahmen.....	21
4.4.3	Freiheitseinschränkende Massnahmen (Langzeitpflege).....	22
5.	Zertifizierungen und laufende Verbesserungsaktivitäten.....	23
5.1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	23
5.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten (Auszug).....	24
5.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte (Auszug).....	26
6.	Schlusswort und Ausblick.....	27
7.	Anhänge.....	28
7.1.	Strategische Ziele Kantonsspital Graubünden 2009.....	29
7.2.	Ziele der Qualitätskonferenz 2009.....	34
7.3.	Ziele der Qualitätskonferenz 2010.....	36

1. Einleitung

Gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG sind Spitäler beauftragt, ihre Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fördern. Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes von 2007 legen Spitäler die Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen dar.

Die gesetzliche Verankerung des Qualitätsgedanken bestätigt uns auf seinem Weg, den Bedürfnissen unserer Kunden nachzukommen. Qualität entsteht dadurch nicht durch äusseren Druck, sondern ist das tiefe Anliegen und tägliche Bemühen aller Mitarbeitenden im Kantonsspital Graubünden.

In einem Umfeld von steigendem Kostendruck, knappen personellen Ressourcen und rasantem medizinischen Fortschritt ist es eine Herausforderung, aber auch eine Verpflichtung gegenüber den Kunden, eine hoch qualitative, sichere und kundengerechte medizinische Versorgung anbieten zu können.

Dieser Bericht ist eine wertvolle Möglichkeit, unsere Qualitätsbestrebungen öffentlich darzustellen.



Vorsitzender der Geschäftsleitung
Dr. Arnold Bachmann



Vorsitzender der Qualitätskonferenz
Heinrich Neuweiler



© Kantonsspital Graubünden: Chur

Verabschiedet am 15. Juni 2010 von der Qualitätskonferenz, am 18. August 2010 von der Geschäftsleitung und am 25. August 2010 vom Verwaltungsrat.

2. Qualitätsstrategie

2.1 Qualitätsstrategie: Mission, Kultur und Ziele

Die Qualitätsstrategie des Kantonsspitals Graubünden

Der Qualitätsanspruch des Kantonsspital Graubündens ist ein Leistungsversprechen, das in der Strategie festgehalten wird. Jährlich im Juni halten der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung ein gemeinsames Strategiemeeting ab. An diesem werden aufgrund diverser Inputs und Analysen sowohl die Mission, die Strategie als auch die Werte überprüft und nach Bedarf angepasst. Sie werden in der Strategielandkarte festgehalten.

Im Juni 2009 wurde die Qualitätsstrategie in der Unternehmensstrategie explizit verankert. Die oberste Mission „Qualitativ hochstehend versorgte Patientinnen und Patienten“ wurde dadurch wie folgt konkretisiert.

Integriertes Qualitätsmanagement

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).



Qualität ist dabei Ausdruck unserer Orientierung an der Patientin, am Patienten und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit. Gutes Bauchgefühl allein genügt uns nicht - die Erfassung von Kundenzufriedenheit, die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages und die Erfüllung von Stakeholdererwartungen erfolgen systematisch.

Die Qualität unserer Arbeit muss sichtbar und in einem ständigen Kreislauf verbessert werden.

Die Qualitätsbotschaften

- ❖ Qualität geht uns alle an! (Hauptbotschaft)
- ❖ Patienten und Kunden stehen im Zentrum unseres Handelns!
- ❖ Wir übernehmen aktiv Verantwortung und verbessern uns kontinuierlich!
- ❖ Wir leben vor!
- ❖ Wir handeln unternehmensbezogen!

Die Qualitätsziele 2009

Als ständiges Fachgremium berät die Qualitätskonferenz die Geschäftsleitung in allen Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung. Die Qualitätskonferenz ist direkt der Geschäftsleitung unterstellt und repräsentativ zusammengesetzt. Sie koordiniert Qualitätsprojekte, stellt Anträge und fördert die Qualitätsentwicklung in allen Departementen und im ganzen Betrieb. Jährlich werden Qualitätsziele in Übereinstimmung mit der Strategie bestimmt und von der obersten Führung verabschiedet. Die Zielumsetzung wird laufend überwacht.

*Anhang: Strategische Ziele Kantonsspital Graubünden 2009
Ziele 2009 und Ziele 2010 der Qualitätskonferenz*

2.2 Qualitätsschwerpunkte

1. Schwerpunkt angestrebte Zertifizierung nach sanaCERT

Die für Ende 2011 angestrebte Zertifizierung nach der Schweizerischen Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sanaCERT und damit verbundene Projektarbeiten beschäftigte die Qualitätskonferenz weiterhin stark. Die Stiftung überprüft als Zertifizierungsstelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Erfüllung von Qualitätsstandards und stellt bei Erreichen der Anforderungen anerkannte Atteste (Zertifikate) aus. Folgende Qualitätsstandards werden in 2011 sanaCERTifiziert:

- Grundstandard Qualitätsmanagement (obligatorisch)
- Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Standard 2: Erhebung von Patienturteilen
- Standard 7: Chirurgie
- Standard 9: Pflege
- Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Standard 12: Mitarbeitende Menschen im Spital
- Standard 15: Ernährung

Alle Qualitätsprojekte liefern wichtige Beiträge zur Qualitätsverbesserung. Das Ende 2010 geplante Vor-Audit und das Zertifizierungs-Audit werden zur Weiterentwicklung unseres Qualitätsgedanken beitragen.

2. Schwerpunkt Umfragen

Mitarbeiterumfrage

Gemäss dem Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden war im Jahre 2008 die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit an der Reihe. Das Commitment der Mitarbeitenden war hoch, lag der Rücklauf bei sehr hohen 74.8%. In fast allen Befragungsdimensionen hat das Kantonsspital Graubünden bezogen auf den Mittelwert der anderen Unternehmen überdurchschnittlich gute bis sehr gute Bewertungen erreicht. Vor allem erfreulich ist das sehr gute Ergebnis im direkten Benchmarking mit den 12 strukturähnlichen Spitälern.

Besonders gut abgeschnitten hat das Kantonsspital Graubünden in den Bereichen:

- Angebot in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- interdisziplinären Zusammenarbeit
- Führung
- Sozialleistungen und Vergünstigungen

Eher problematische Bewertungen erreichte es in den Bereichen:

- Parkplatzsituation
- Zulagen/Zeitkompensation bei Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienst
- fehlende Kinderkrippe

Verbesserungsprojekte wurden und werden umgesetzt. Die ergriffenen Massnahmen werden in der nächsten Mitarbeiterumfrage überprüft.

Ambulante Patientenumfrage

Die erste hausweite Befragung der ambulanten Patienten im Kantonsspital Graubünden ist gestartet und findet aufgrund der Komplexität gestaffelt statt. Es werden über 30 verschiedene ambulante Bereiche befragt. Erste Ergebnisse liegen vor.

2.3 Erreichte Qualitätsziele

Die gesetzten Jahresziele 2009 der Qualitätskonferenz wurden fast vollständig erreicht. Zeitliche Verzögerung gab es bei Projektarbeiten, da ein neues Projektmanagement im Kantonsspital Graubünden eingeführt wurde. Im Folgenden wird auf die einzelnen Qualitätsziele eingegangen:

1. Bearbeitung der 8 Standards für die Zertifizierung durch sanaCERT

Es können Projekte angegangen werden, welche bislang im Tagesgeschäft eher keinen Raum fanden. Als herausfordernd im Gesamtprojekt stellt sich die Einbindung der Projekte ins neue Projektmanagement und teilweise ins Tagesgeschäft dar. Am Fahrplan Zertifizierung auf Ende 2011 wird festgehalten. Als erster Gradmesser gilt das für 2010 geplante Vor-Audit durch sanaCERT.

2. Umfragen

- ▶ Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ führte 2009 eine nationale Messung mit dem neu entwickelten Patientenkurzfragebogen **PEQ**, durch. Das Kantonsspital Graubünden beteiligt sich als H+ Mitglied am PEQ09.
- ▶ Ende Jahr konnte der **Schlussbericht zur stationären Patientenumfrage** (Picker) von der Qualitätskonferenz und der Geschäftsleitung verabschiedet werden. Basis zum Massnahmenplan bildete eine Zusatzanalyse auf dem Versorgungsniveau 2. Als getroffene Massnahmen sind der Pflegestandard Austrittsmanagement und die Richtlinie zu Information bei Spitaleintritt zu nennen. Für die Projekte Fachhierarchie/Bezugspflege und Reorganisation der Tagesabläufe auf der Chirurgie werden ebenso Verbesserungen in der Patientenzufriedenheit erwartet. Die Massnahmen werden in der nächsten Pickerumfrage evaluiert.
- ▶ Die Ergebnisse der in 2008 stattgefundenen, **ersten hausweiten Mitarbeiterumfrage** wurden von den Qualitätsleiterinnen und Qualitätsleitern in den Departementen vorgestellt, weiter vertieft und Massnahmen abgeleitet. Der Schlussbericht wird momentan erstellt. Neben departements-internen Massnahmen wurden Massnahmen ergriffen: Pikettdienstregelung, Parkplatzproblematik, Kinderbetreuungsmöglichkeit, Führungskurse für mittleres und unteres Kader, Gesundheitsförderungskurse sowie Zusammenarbeit mit der Informatik in Projekten
- ▶ Gemäss Umfragekonzept stand 2009 die **erste hausweite, ambulante Patientenumfrage** auf dem Plan. Als ersten Schritt erarbeitete das Qualitätsmanagement in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Qualitätskonferenz für jedes Departement ein Strukturmodell (Definition aller Bereiche mit ambulanten Patienten mit einer relevanten Grösse, in welchen eine Befragung Sinn macht). Es ergaben sich 38 verschiedene Bereiche. Aufgrund der Komplexität erfolgt ein gestaffelter Start. Die Umfrage wird in 2010 fortgesetzt.

3. Umfragesoftware

Die Anschaffung des Umfragetools EvaSys zur automatisierten Fragebogenerfassung und –auswertung wurde im Dezember 2009 bewilligt. Ein erster Testlauf soll im Sommer mit dem erweiterten Fragebogen für die laufende Erfassung der stationären Patientenzufriedenheit erfolgen.

4. Qualitätsberichte und H+ Q-Portal

Analog den Vorjahren 2006 und 2007 wird für die Berichtsperiode 2008 der H+ Qualitätsbericht und ab 2008 der Qualitätsbericht der Qualitätskonferenz und des Qualitätsmanagements erstellt. Dieser wurde intern von Qualitätskonferenz, Geschäftsleitung und Verwaltungsrat beraten und verabschiedet. Mit Start im Dezember 09 erfolgte die Liveschaltung des elektronischen H+ Qualitätsportal, auf dem sich auch das Kantonsspital Graubünden präsentiert und von H+ führt als Musterspital angeführt wird.

5. Networking

Neben Mitgliedschaften bei auf gesamtschweizerischen Ebene zuständigen Partnerorganisationen wie beispielsweise H+ Die Spitälern der Schweiz ist es den einzelnen Fachbereichen ein sehr grosses Anliegen, ihre Erfahrung und ihr Wissen in den entsprechenden Fachgesellschaften einzubringen und sich über den State-of-the-Art auszutauschen.

Neue Wege und innovative Partnerschaften (z.B. Partnerschaftsverträge mit Krankenversicherungen wie Helsana oder ÖKK) werden ebenso besprochen wie bestehende Partnerschaften ausgebaut. Die Zusammenarbeit mit anderen Spitälern wird ausgebaut.

2.4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Am 1. Januar 2012 führen die Schweizer Spitäler und Kliniken flächendeckend das neue **Finanzierungsmodell** mit Fallpauschalen (SwissDRG) ein. Das neue System wird zu einem neuen Kostenbewusstsein der Schweizer Spitäler und Kliniken führen. Der wirtschaftliche Druck wird sich verstärken.

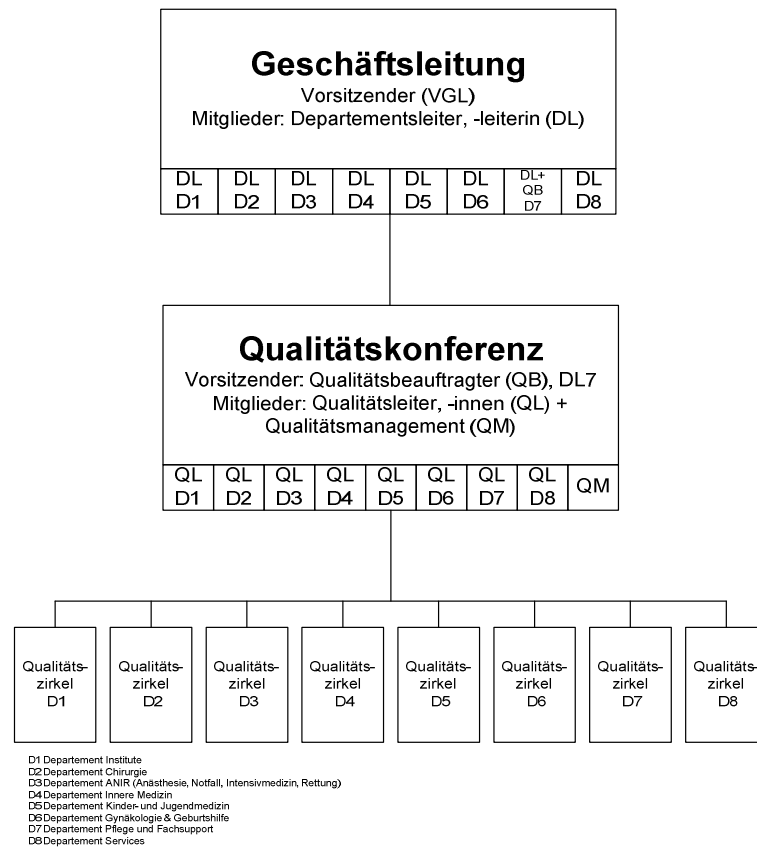
Das Kantonsspital Graubünden ist für die Einführung gut gerüstet. Die hohe Versorgungsqualität wird auch nach Einführung gewährleistet. Dazu werden die Abläufe und Strukturen im Rahmen des **Prozessmanagements** angepasst. Der **Patientensicherheit**, d.h. des Umgangs mit Fehlern in allen Aspekten wird weiterhin eine besondere Bedeutung zugemessen. Alle CIRS Meldesysteme werden hausweit vernetzt; ein Anschluss an das nationale CIRNET wird angestrebt.

Die **Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich** erreicht einen hohen Stellenwert. Die schweizweit erste hausweite Umfrage über alle ambulanten Bereiche im Kantonsspital Graubünden wird dazu wichtige Erkenntnisse bringen.

Die Vergleichbarkeit mit anderen Spitälern der Schweiz ist wichtig. Vergleichsmöglichkeiten liefern hier die Messempfehlungen des **ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken**.

2.5 Organisation des Qualitätsmanagements

Im Kantonsspital Graubünden hat man sich für folgende Organisation des Qualitätsmanagements entschieden.



Die **Qualitätskonferenz** ist ein ständiges Fachgremium, welches die Geschäftsleitung in allen Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung berät. Die Qualitätskonferenz ist aus Vertretern (Qualitätsleitern) jedes Departements zusammengesetzt

Zusammensetzung

- **Qualitätsbeauftragter:** Vorsitzender der Qualitätskonferenz ist der Qualitätsbeauftragte. Er ist Mitglied der Geschäftsleitung und wird von der Geschäftsleitung ernannt. Die Vertretung des Qualitätsbeauftragten wird durch die Qualitätskonferenz bestimmt.
- **Qualitätsleiter:** Jedes Departement bezeichnet einen Qualitätsleiter, welcher Mitglied der Qualitätskonferenz ist und einen Stellvertreter.
- **Qualitätsmanagerin:** Die Qualitätsmanagerin betreut, begleitet und koordiniert die betriebsweiten Qualitätsprojekte. Mit ihrem Fachwissen unterstützt sie die departementsinternen Projekte. Sie vertritt kein Departement. Sie wird auf Vorschlag der Qualitätskonferenz durch die Geschäftsleitung gewählt.

Aufgaben

Die Qualitätskonferenz

- a) berät die Geschäftsleitung und die Departemente, respektive deren Bereiche in allen Fragen der Qualitätssicherung.
- b) initiiert und begleitet Qualitätsprojekte.
- c) liefert der Geschäftsleitung Entscheidungshilfen bei Entscheiden, die Fragen der Qualität betreffen.
- d) ist verpflichtet, Projekte hinsichtlich Qualitätsfragen zu beurteilen.
- e) verfasst regelmässig den Qualitätsbericht zuhanden H⁺/santésuisse.
- f) legt jährlich eine Massnahmenplanung und ein Budget für Qualitätsaufgaben vor.
- g) berichtet im Jahresbericht über die Tätigkeiten der Qualitätskonferenz.

Arbeitsweise

- Die Qualitätskonferenz tagt in der Regel alle 1 - 2 Monate.
- Die Traktandenliste wird den Mitgliedern zwei Wochen vor der Sitzung zugesandt.
- Der Qualitätsbeauftragte leitet die Sitzungen der Qualitätskonferenz.
- Die Qualitätskonferenz ist mit sechs anwesenden Mitgliedern beschlussfähig.
- Das Protokoll wird vom Sekretariat des Vorsitzenden der Qualitätskonferenz verfasst und an die Qualitätsleiter mit Kopie an die Stellvertreter Qualitätsleiter sowie an die GL-Mitglieder versendet.

2.6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement

Stellung	Name	Telefon (direkt)	E-Mail
Qualitätsbeauftragter Mitglied der Geschäftsleitung Departementsleitung Pflege & Fachsupport	Heinrich Neuweiler	081 256 66 20	heinrich.neuweiler@ksgr.ch
Qualitätsmanagerin	Dr. phil. Tima Plank	081 255 23 20	tima.plank@ksgr.ch
Assistentin Qualitätsmanagement	Aline Brauchli	081 255 23 52	aline.brauchli@ksgr.ch
Controlling, Datenverantwortlicher BfS Statistik	Erwin Walder	081 256 67 29	erwin.walder@ksgr.ch

Qualitätsleiter und Qualitätsleiterinnen (Mitglieder der Qualitätskonferenz)

Stellung	Name	Telefon (direkt)	E-Mail
Leiter Unternehmensentwicklung Departement 0 Direktion	Marco Oesch	081 256 67 36	marco.oesch@ksgr.ch
Leiterin Physiotherapie Departement 1 Institute	Silvia Plattner	081 256 65 62	silvia.plattner@ksgr.ch
Leiter Viszeralchirurgie, Co-Chefarzt Departement 2 Chirurgie	Dr. med. Peter Villiger	081 256 62 02	peter.villiger@ksgr.ch
Betriebsleiter Rettungsdienst Departement 3 ANIR Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung	Beat Hugentobler	081 256 60 24	beat.hugentobler@ksgr.ch
Stellvertretender Chefarzt Departement 4 Innere Medizin	Dr. med. Thomas Wieland	081 256 63 01	thomas.wieland@ksgr.ch
Oberarzt Departement 5 Kinder- und Jugendmedizin	Dr. med. Matthias Cremer	081 256 60 98	matthias.cremer@ksgr.ch
Oberärztin Departement 6 Gynäkologie / Geburtshilfe	Dr. med. Danièle Schwarz	081 254 81 64	daniele.schwarz@ksgr.ch
Leiter Fachbereiche Departement 7 Pflege und Fachsupport	Reinhard Lorez	081 256 66 36	reinhard.lorez@ksgr.ch
Leiter Finanzen / Patientenadministration Departement 8 Services	Alfred Hostettler	081 256 67 04	alfred.hostettler@ksgr.ch

3. Betriebliche Kennzahlen

Das Kantonsspital Graubünden hat ein vielseitiges und hochstehendes medizinisches Angebot und bietet mit seinen 27 Disziplinen die meisten Behandlungsformen einer modernen Zentrumsambulanz an.

3.1 Akutsomatik

	Anzahl	Bemerkungen
Ambulante Patienten	46'668	
Stationäre Patienten	16'340	Ohne Langzeitabteilung
Geburten	858	Gesunde Säuglinge
Pflegetage	113'653	Mit gesunden Säuglingen, ohne Langzeit
Betten	365	Ohne Langzeitabteilung
Aufenthaltsdauer	7.0 Tage	Im Durchschnitt
Bettenauslastung	85.4 Prozent	Im Durchschnitt
Standorte	Hauptstandort, Standort Fontana, Standort Kreuzspital	

3.2 Langzeitpflege

Kennzahlen	Anzahl	Bemerkungen
Bewohner	61	
Pflegetage	4'358	
Betten	10	
Aufenthaltsdauer	71.44 Tage	Im Durchschnitt
Auslastung	122.5 Prozent	
Standort	Standort Kreuzspital	

4. Kennzahlen zur Qualitätssicherung

4.1 Zufriedenheitsmessungen

4.1.1 Stationäre Patienten

PICKER

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input checked="" type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input type="checkbox"/> internes Instrument <input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument Messprogramm	Beschreibung Messmethode	Messperiodizität
Picker Institut, Zug	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	Schriftliche poststationäre Patientenbefragung mit einem Erinnerungsschreiben im ganzen Betrieb in allen Kerndepartementen	Letzte Messung: 2007 Nächste Messung: 2011 Gemäss Umfragekonzept alle 4 Jahre

Resultate Erwachsene 2007	
Bereich	Zufriedenheitswert* in %
Vertrauen in behandelnde Ärzte/Ärztinnen	90.9
Verfügbarkeit Ärzte/Ärztinnen	91.8
Freundlichkeit Ärzte/Ärztinnen	98.3
Vertrauen in behandelnde Pflegepersonen	91.5
Verfügbarkeit Pflegepersonal	96.4
Freundlichkeit Pflegepersonal	98.3
Hotellerie: Mahlzeitenqualität	94.8
Gesamtbeurteilung der Spitalbetreuung	97.3

*Zufriedenheitswert = Prozentangabe der Antworten von sehr zufriedenen und zufriedenen Patienten.

Resultate Geburt 2007	
Bereich	Zufriedenheitswert* in %
Vertrauen in behandelnde Ärzte/Ärztinnen	82.6
Verfügbarkeit Ärzte/Ärztinnen	90.8
Freundlichkeit Ärzte/Ärztinnen	96.9
Vertrauen in behandelnde Pflegepersonen	99.5
Verfügbarkeit Pflegepersonal	90.2
Freundlichkeit Pflegepersonal	95.2
Hotellerie: Mahlzeitenqualität	96.4
Gesamtbeurteilung der Spitalbetreuung	94.8

*Zufriedenheitswert = Prozentangabe der Antworten von sehr zufriedenen und zufriedenen Patienten.

PEQ (Messempfehlung ANQ für 2009)

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input checked="" type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input checked="" type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input type="checkbox"/> internes Instrument <input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument Messprogramm	Beschreibung Messmethode	Messperiodizität Rücklauf
meCon measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Kurzfragebogen	Schriftliche poststationäre Patientenbefragung in den Departementen Medizin und Chirurgie, <i>ohne Erinnerungsschreiben</i>	1. Messung: 2009 Nächste Messung: noch offen Stand Ende 2009: Guter durchschnittlicher Rücklauf von 49.5%

Die Resultate liegen in 2010 vor.

Kommentar

Die Patientenzufriedenheit im Kantonsspital Graubünden ist sehr hoch. Auch in einem zusätzlich in Auftrag gegebenen Vergleich mit Spitälern derselben Versorgungsstufe 2 wie das Kantonsspital Graubünden zeigte sich, dass das Kantonsspital Graubünden in fast allen Bereichen *unterhalb des CH-Problemwerts* liegt. Dies ist ein **erfreuliches Ergebnis** und Ansporn, um noch besser zu werden.

Neben der periodisch stattfindenden Patientenumfrage erfolgt zudem eine permanente Bearbeitung von Kundenfeedbacks. Zusätzlich bearbeitet eine interne Reklamationsstelle eingegangene Beschwerden von Kunden. Es entspricht der Unternehmensphilosophie, jedes Kundenfeedback ernst zu nehmen und Verbesserungsmöglichkeiten daraus abzuleiten.

4.1.2 Ambulante Patienten

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input checked="" type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input checked="" type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input type="checkbox"/> internes Instrument <input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument Messprogramm	Beschreibung Messmethode	Messperiodizität
meCon measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	Schriftliche Befragung der ambulanten Patienten in allen ambulanten Bereichen des Kantonsspital Graubündens, ohne Erinnerungsschreiben	Erste Messung: 2009/2010 Gemäss Umfragekonzept alle 4 Jahre

Kommentar

Die erste **hausweite Umfrage der ambulanten Patienten** im Kantonsspital Graubünden ist gestartet. Es werden **30 ambulante Bereiche** befragt. Die Komplexität erfordert eine gestaffelte Durchführung.

Spitäler und Kliniken erbringen heute bis zu 40% aller ambulanten Leistungen. Das Kantonsspital Graubünden versteht sich als medizinisches Kompetenzzentrum für ambulante Spezialdiagnostik und –behandlungen und nimmt in der ambulanten Notfallversorgung in Zusammenarbeit mit den Hausärzten eine zentrale Rolle ein. Die ambulante Spitalmedizin bzw. die Befragung bei ambulanten Patienten und Patientinnen wird auch in Zukunft vermehrt einen hohen Stellenwert erhalten.

Die Resultate der ambulanten Patientenumfrage liegen in 2010 vor.

4.1.3 Mitarbeitende

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input checked="" type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input type="checkbox"/> internes Instrument <input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument Messprogramm	Beschreibung Messmethode	Messperiodizität Rücklauf
meCon measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	Befragung aller Mitarbeitenden mit Betriebszugehörigkeit > 6 Monaten im Kantonsspital Graubünden mit Erinnerungsschreiben vier Wochen nach Umfragestart	Letzte Messung: 2008 Nächste Messung: 2012 Gemäss Umfragekonzept alle 4 Jahre Sehr hoher Rücklauf von 74.8 %

Resultate	Wert UZI*	Mittelwert UZI der 12 Vergleichsspitäler der Versorgungsstufe 2	Bemerkung
Gesamter Betrieb	37.2	38.4	Je tiefer der UZI, umso zufriedener der Mitarbeitende.
Berufsgruppen			
Ärzte	32.5	37.4	
Pflege	38.5	39.7	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	35.0	35.1	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	34.8	35.6	

* Der UZI = Unzufriedenheitsindex entspricht einer Skala von 0 bis 100 (100 = max. Unzufriedenheit). Der Index wird anhand von **Punktevergaben der 5 Antwortmöglichkeiten** der Fragen ermittelt (0, 25, 50, 75 und 100 Punkte; Bestantwort = 0 Punkte). Je tiefer der UZI, umso zufriedener der Mitarbeitende.

Bereich	Nr.	Frage	UZI	UZI CH-Spitäler	UZI unteres Quartil	UZI oberes Quartil	Anzahl der Antworten
Arbeitsinhalt	4	Erlaubt Ihnen Ihr Arbeitsumfeld den Patienten/-innen gute Qualität zu erbringen?	30.3	34.4	31.4	35.3	1'048
	5	Haben Sie genügend Zeit für die Patienten/-innen?	54.0	58.0	55.2	60.8	822
Lohn	7	Sind Sie zufrieden mit den Sozialleistungen und Vergünstigungen?	33.1	39.2	35.1	43.0	1'104
	8	Wie beurteilen Sie die Höhe der Zulagen für Ihre Belastungen wie z.B. Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienst: Finanzielle Zulagen?	70.4	63.3	61.5	63.3	882
		Zeitkompensation?	62.3	58.3	54.9	61.2	854
Weitere Leistungen	11	Sind Sie mit den Verpflegungsmöglichkeiten zufrieden? -> Qualität des Essens	23.9	35.5	29.7	40.9	1'094
	12		60.0	46.7	36.9	58.1	711
	13	Ist Ihr Arbeitsort für Sie gut erreichbar? ==> Parkplätze Genügt Ihnen das Angebot zur Kinderbetreuung während der Arbeitszeit?	82.6	58.4	51.5	64.4	200
	14	Genügt Ihnen das Angebot zur Gesundheitsförderung (z. B. Prävention, Sportmöglichkeiten, Gesundheitskurse, etc.)?	58.9	44.7	41.8	50.3	956
	15	Wünschen Sie sich mehr Personalanlässe (Sommerfest, Skitag etc.)?	35.7	32.3	30.5	33.5	1'115
Arbeitszeit	16	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Arbeitszeit (Anzahl Wochenstunden, Schicht-Wochenendarbeit, Bereitschaftsdienst, etc.)?	35.3	33.8	32.3	34.8	1'118
	18	Wie gut entspricht Ihre Arbeitszeit Ihren Bedürfnissen bezüglich ausserberuflicher Aktivitäten?	44.3	42.1	41.1	43.0	1'117
	19	Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit zeitlich überlastet?	44.9	47.7	45.4	49.4	1'114
Aus, Fort- und Weiterbildung	23	Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit fachlich überfordert?	23.6	22.9	22.8	23.4	1'120
	25	Sind Sie zufrieden mit dem Angebot an externen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten?	37.3	43.8	40.0	45.6	1'001
	26	Wie einfach ist es für Sie, das Fort- und Weiterbildungsangebot zu nutzen (Zeit, Finanzierung, Information, usw.)?	49.7	54.8	51.1	58.1	1'035

Bereich	Nr.	Frage	UZI	UZI CH-Spitäler	UZI unteres Quartil	UZI oberes Quartil	Anzahl der Antworten
	27	Wie beurteilen Sie die Planung und Organisation der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Ihrem Arbeitsbereich?	40.6	44.2	41.5	46.2	1'005
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	29	Wie gut ist die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen im Allgemeinen organisiert?	35.9	41.1	38.7	43.2	1'066
	30	Gibt es Probleme bei Kommunikation und Information zwischen den Abteilungen?	41.7	48.9	47.2	50.6	1'056
	31	Wie freundlich verhalten sich andere Berufsgruppen Ihnen gegenüber?	28.8	32.8	32.2	33.6	1'125
Zusammenarbeit zw. den Berufsgruppen Team	33	Pflege	23.5	26.3	24.7	27.2	1'051
		Hotellerie	24.2	29.2	27.8	30.6	917
	37	Gibt es während Ihrer Arbeit genügend Gelegenheit für soziale Kontakte innerhalb des Teams?	39.3	45.8	43.4	47.9	1'089
Führung	38	<i>Mein(e) direkte(r) Vorgesetzte(r)..</i>					
		Ist fachlich kompetent.	19.3	22.5	20.4	22.8	1'098
		Ist eine Vertrauensperson.	30.4	33.5	31.7	33.7	1'104
		Gibt mir genügend Unterstützung.	26.9	30.0	28.6	30.6	1'106
		Lässt es zu, aus Fehlern zu lernen.	22.8	26.3	24.0	27.7	1'083
		Gibt mir genügend Anerkennung für meine Arbeit.	29.8	32.4	30.4	33.4	1'109
	39	Ist kritik- und konfliktfähig.	33.4	36.8	35.0	38.4	1'088
		<i>Führung generell ...</i>					
		Bekommen Sie in schwierigen Situationen genügend interne und externe Hilfe?	38.7	44.8	41.2	47.5	890
		Wie stark können Sie bei für Sie wichtigen Entscheidungen mitbestimmen?	41.4	44.5	42.5	46.4	1'091
43	Wie gut werden Sie durch die Leitung Ihrer Institution über alles Wichtige informiert?	35.3	37.3	36.0	37.9	1'117	

Kommentar

Gemäss dem Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden war im Jahre 2008 die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit an der Reihe. Durchgeführt wurde die Befragung in Zusammenarbeit mit dem Institut Mecon measure & consult GmbH, Zürich, dem Marktleader für Mitarbeiterbefragungen für Spitäler in der Schweiz.

Mecon gliederte die rund 60 Zufriedenheitsfragen in folgende neun Bereiche:

- Arbeitsinhalt
- Lohn
- Weitere Leistungen des Arbeitgebers
- Arbeitszeit
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Team
- Führung
- Arbeitsplatz

Das **Commitment der Mitarbeitenden ist sehr hoch**, liegt der Rücklauf bei sehr hohen 74.8%. In fast allen Befragungsdimensionen hätte das Kantonsspital Graubünden bezogen auf den Mittelwert der anderen Unternehmen überdurchschnittlich gute bis sehr gute Bewertungen erreicht. Der Vergleich erfolgte einerseits mit den Befragungsergebnissen von rund 50 Spitälern in der Schweiz und andererseits mit den Ergebnissen von 12 Spitälern des Versorgungsniveau II, also mit Zentrumsspitalern in etwa gleicher Grössenordnung und in etwa mit dem gleichen Leistungsspektrum wie das Kantonsspital Graubünden.

4.1.4 Zuweiser

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein, die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.
	<input checked="" type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.
	<input type="checkbox"/> Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument Messprogramm	Beschreibung Messmethode	Messperiodizität Rücklauf
NPO Plus, Lachen	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	Schriftliche postalische Zuweiserbefragung, ohne Erinnerungsschreiben	Letzte Messung: 2006 Nächste Messung: Gemäss Umfragekonzept alle 4 Jahre: <i>Aufgrund Komplexität der ambulanten Umfrage verschoben</i> 39%iger Rücklauf

Resultate	Zufriedenheitswert in %	Bemerkung
Gesamter Betrieb	77.8	Gesamtzufriedenheit
Bereich		Bemerkungen: : Zufriedenheitsgrad: 100 = vollste Zufriedenheit
Ärzte	84.1	Frage: „Wie beurteilen Sie die Kommunikation mit Kaderärzten?“
Pflege	76	Frage: „Wie beurteilen Sie den Pflegedienst?“
Med. Leistungsspektrum	84	Frage: „Wie beurteilen Sie das medizinische Leistungsspektrum?“
Arztsekretariate	86	Frage: „Wie beurteilen Sie die Arztsekretariate bezüglich Service und Freundlichkeit?“
Leistungserbringung	79.7	Frage: „Wie beurteilen Sie die Qualität der Leistungserbringung?“
Hospitalisierungsdauer	88.4	Frage: „Wie beurteilen Sie die Hospitalisierungsdauer im Allgemeinen?“
Berichterstattung	76.2	Frage: „Wie beurteilen Sie die Berichte des Spitals (OP-Bericht, Austrittsbericht etc.) inhaltlich?“

Kommentar

Aufgrund der Komplexität der ambulanten Patientenumfrage wurde die für 2010 geplante Zuweiserumfrage verschoben.

4.2 ANQ-Indikatoren

4.2.1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input checked="" type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument 2009 <input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument SQLape ab 2010

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen: 2009 intern; ab 2010 mittels SQLape als ANQ-Messempfehlung

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert	Rehospitalisationsrate in %	Bemerkung
16'340	323	1.98	Rehospitalisation innert 7 Tagen mit gleicher Hauptdiagnose oder Komplikation
16'340	1'244	7.61	Effektive Wiedereintritte des gleichen Patienten, keine Berücksichtigung von Diagnosen usw.

In der Rehospitalisationsrate sind sowohl geplante als auch ungeplante Wiedereintritte enthalten. Die geplanten Wiedereintritte beinhalten zum Beispiel auch Chemotherapien des Fachbereichs Onkologie oder anderer sequenzieller Therapien. **Ab 2010** ist geplant, die Messempfehlung des ANQ umzusetzen. Die Messung wird mittels der SQLape Methodik als Software aus den an das Bundesamt für Statistik zu übermittelnden Daten erfolgen. Die Software steht zum Zeitpunkt der Publikation dieses Qualitätsberichtes noch nicht zur Verfügung.

4.2.2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input checked="" type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input type="checkbox"/> internes Instrument <input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument SQLape ab 2010

Ab 2010 wird die Messempfehlung des ANQ umgesetzt. Die Messung wird mittels der SQLape Methodik als Software aus den an das Bundesamt für Statistik zu übermittelnden Daten erfolgen. Die Software steht zum Zeitpunkt der Publikation dieses Qualitätsberichtes noch nicht zur Verfügung.

4.2.3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		Die Messung läuft ab Januar 2010. Diese Messung ist zwingend, sofern Operation durchgeführt wird.
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt		Die Messung läuft ab Januar 2010.
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		Die Messung läuft ab Januar 2010.
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (Start Messperiode Januar 2010)		

Das Kantonsspital Graubünden nimmt am postoperativen Wundinfekt-Monitoring mit Swiss-NOSO teil. Empfohlen für diese Messperiode wird die Erfassung der postoperativen Wundinfektionen von mindestens drei Operationen. Erste Messergebnisse werden im Sommer 2010 erwartet.

Weitere Spitalhygiene-Messungen im KSGR

Spitalhygiene befasst sich mit der Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen im Spital. Das Kantonsspital Graubünden hat die Bedeutung dieses Fachgebietes schon sehr früh erkannt: Die erste Sitzung der Hygienekommission fand 1972 statt. Bei schweizweiten Vergleichsstudien schneidet das Kantonsspital Graubünden überdurchschnittlich gut ab. Die Abteilung Spitalhygiene unterstützt auch andere Spitäler, Kliniken und Heime in Form von Fachsupport, Schulungen, Begehungen (Audits) und Beratungen.

Wundinfektstatistik

Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	"Wundinfektstatistik" (Erfassung sämtlicher postoperativer Wundinfekte des Departements Chirurgie)	Permanente Messung seit vielen Jahren	laufend	Die Daten 2008 sind vollständig erfasst und validiert. Die definitive Auswertung der Daten 2009 liegt im 3. Quartal 2010 vor.

Händehygiene

2008 wurde eigeninitiativ die Messung der Händehygiene-Compliance durchgeführt. Die Methode entspricht jener der 'swisshandhygiene.campaign.2005/2006'. Die Resultate liegen vor. Es ist geplant, diese zu analysieren und geeignete (Kampagnen) Massnahmen einzuleiten.

Audits 2009

In folgenden Bereichen wurden Hygieneaudits durchgeführt:

Bettenstationen	auf 3 (von 7) Bettenstationen des Dep. Chirurgie auf 4 (von 6) Bettenstationen des Dep. Innere Medizin auf 1 (von 1) Bettenstation des Dep. Kinder- und Jugendmedizin
Spezialbereiche	Dialysestation Endoskopie

Es kann ein gutes Hygieneverhalten beobachtet werden.

Nadelstich-Verletzungen

Fortlaufende Erfassung der Nadelstich-Verletzungen, jährliche Auswertung und Einleiten von Massnahmen je nach Ergebnis. Wird durch den Personalarzt durchgeführt.

Bakteriologische Kontrolle: Dialysewasser (Permeat) und Dialysat

Diese Kontrolle erfolgt an der Ringleitung (Permeat) und den Dialysegeräten (Dialysat). Die Kontrolle wird in Abständen von sechs Wochen durchgeführt.

Endoskope

Mindestens jährliche Überprüfung pro Endoskop auf Keimfreiheit (Grenzwert: 0 bis 1 KBE pro ml Flüssigkeitsprobe). Endoskope, die maschinell gereinigt werden, werden mindestens ein Mal pro Jahr überprüft. Bei manueller Reinigung erfolgt die Überprüfung halbjährlich.

Reinigungstextilien

Mikrobiologische Kontrolle der Reinigungstextilien, welche zur Reinigung und Desinfektion von Flächen benutzt werden.

Gehbad

Mikrobiologische Kontrolle des Beckenwassers alle sechs Wochen. Tägliche Messung des pH-Wertes und des Ozons.

IMA-Messung

Luftkeim-Messungen im OP-Bereich.

Einführung neuer Mitarbeiter:

Schulung der Händehygiene und Isolationsmassnahmen.

Support vor Ort

Die Beraterinnen für Spitalhygiene führen wöchentlich jeweils Montags und Freitags Rundgänge über alle Bettenstationen sowie KIPS, IPS und Notfallstationen durch. Dies mit dem Ziel, aktuell vorhandene Fragen beantworten zu können. Bereiche mit isolierten Patienten werden (in der Regel) täglich visitiert.

4.3 Weitere Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Neben gesetzlichen Aufträgen führt das Kantonsspital Graubünden folgende Monitoringprojekte und Register (**Aufzählung nicht abschliessend**):

Klinik / Abteilung	Daten / Register	Beschreibung / Erfassungsgrundlage	Status ¹
Gesamtes Unternehmen	Indikatoren / Kennzahlen zu Leistung & Qualität (Routinedaten)	Externer Anbieter auf Grundlage der BfS-Daten, externes Benchmark	A
Pathologie	Ringversuche	Schweizerische Gesellschaft für Histologietechnik SHT	A
Pathologie	Test-Aussendungen	UK National External Quality Assessment Scheme for Immunocytochemistry UK NEQUAS-ICC	A
Pathologie	Krebsregister Akzeptanz	International Agency for Research on Cancer IARC für "Cancer Incidence in five Contingents" (Qualitätslabel A)	A
Viszeralchirurgie / Thoraxchirurgie Unfallchirurgie Gefässchirurgie	Komplikationen Patientenerfassungsbogen a) Viszeral- und Thoraxchirurgie b) Unfall c) Gefässchirurgie d) Urologie	Ad a) Datenerhebung bei allen Patienten mit Abdominaleingriffen inklusive Hernien und Proktologie, alle Patienten mit Eingriffen an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse sowie Patienten mit Thoraxeingriffen -> Entspricht im Wesentlichen einer Komplikationenerfassung nach der Clavien-Klassifikation. Ad d) Komplikationen nach urologischen Eingriffen werden nach Clavien-Klassifikation erfasst.	A
Unfallchirurgie	Osteosynthesen	Prospektive Erfassung der epidemiologischen und operationstechnischen Daten aller am KSGR durchgeführten Osteosynthesen (exkl. Hand, exkl. Wirbelsäule)	A
Viszeralchirurgie	Colorectale Lebermetastasen	internationales Register mit Vergleich outcome Daten (www.livermetsurvey.org)	A
Orthopädie	Ortho-Score nach Schulthess	Berechnung und Veröffentlichung des Qualitätsindikators Ortho-Score. Ortho-Score setzt sich aus verschiedenen Qualitätsaspekten zusammen (z.B. Funktioneller Kniescore WOMAC oder Lebensqualität SEQ). Erfassung für die Schulterchirurgie seit dem 1.1.2010.	C
Gefäss- und Thoraxchirurgie	Swiss Vasc Registry	Eintrag in Swiss Vasc Registry (Nationales Register der gefässchirurgischen Eingriffe)	A

Klinik / Abteilung	Daten / Register	Beschreibung / Erfassungsgrundlage	Status ¹
Intensivmedizin	Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)	MDSi der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin erfasst Kennzahlen einer Intensivstation. Er kann von anerkannten und nicht anerkannten Intensivstationen der Schweiz erhoben werden.	A
Anästhesie	MDS Anästhesiedatenbank Schweiz	Datenerfassung für Datenbank der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR)	A
rettung chur	Kenndaten Rettungsdienste Gesundheitsamt GR	Anforderungsprofil an ein Einsatzprotokoll bzw. eine jährliche Statistik Rettungsdienste und Ambulanzstützpunkte in Graubünden“, genehmigt von der kantonalen Rettungskommission am 14. Februar 2002.	A
Kinder- und Jugendmedizin	SPSU: Erfassung seltener pädiatrischer Erkrankungen	Swiss Pediatric Surveillance Unit SPSU: Das SPSU dient der Erfassung seltener pädiatrischer Erkrankungen bei hospitalisierten Kindern. Die Träger des Systems sind die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und das Bundesamt für Gesundheit.	A
Kinder- und Jugendmedizin	ITP Register	Erfassung im Idiopathische Thrombozytopenie Purpura ITP Register	A
Kinder- und Jugendmedizin	Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)	MDSi der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin erfasst Kennzahlen einer Intensivstation. Er kann von anerkannten und nicht anerkannten Intensivstationen der Schweiz erhoben werden	A
Kinder- und Jugendmedizin	neonatal dataset des swiss neonatal network.	Qualitätskontrolle und Outcomemessung der Neugeborenenintensivpflege. Schweizweiter Vergleich der Stationen und Sammeln der Daten.	A
Gynäkologie/ Geburtshilfe	ASF Statistik	Jahresstatistik und Externe Morbiditätsanalyse der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken ASF (Patronat Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG)	A
Gynäkologie/ Geburtshilfe	MIBB Datenbank (Minimal invasive breast biopsies) Patronat SGS	Nationale Datenbank zur Qualitätssicherung in der Mammodiagnostik (Tarifvoraussetzung BAG). Aktiv ab 2003.	A

- ¹ **A** = Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B = Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C = Einführung im Berichtsjahr 2009

4.4 Interne Qualitätsindikatoren

Der Bündner Spital und Heimverband (BSH) erarbeitete bisher drei Pflege-Qualitätsindikatoren (PQI): Sturz, Dekubitus und freiheitseinschränkende Massnahmen. Im Kantonsspital Graubünden werden die PQI Sturz und Dekubitus angewendet (aber noch nicht flächendeckend auf allen Pflegestationen). Das Kantonsspital hat sich im Rahmenvertrag mit santésuisse Graubünden verpflichtet, 2009 mindestens zwei Qualitätsindikatoren einzusetzen und die Anzahl bis auf fünf pro Jahr zu steigern.

Bei den definierten PQI werden mittels Erfassungsbögen die Daten erfasst und periodisch ausgewertet. Die Resultate werden im Qualitätsausschuss der Pflegekaderkonferenz diskutiert und Verbesserungsmassnahmen zuhanden der Pflegekaderkonferenz erarbeitet.

Die Pflegequalitätsindikatoren sind im Kantonsspital Graubünden im **Pflegekonzept** eingebunden.

4.4.1 Pflegeindikator >Sturz<

Definition des Messthemas „Sturz“

Stürze sind Unfälle. Es sind meist keine zufälligen, unvorhersehbaren Ereignisse oder unvermeidbare Begleiterscheinungen des Alters, sondern ergeben sich aus einer Verkettung von Vorkommnissen und der Häufung mehrerer inneren und äusseren Faktoren (Aus: Sturzprävention. Konzept für das Departement Medizin und Chirurgie Kantonsspital, 1. Juni 2005).

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input checked="" type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument: Sturzeinschätzungsformular und Sturzprotokoll <input type="checkbox"/> externes Instrument

Bereich	Stürze gesamt	Gestürzte Patienten	Mit Behandlungsfolgen
Standort Kreuzspital, Medizin und Langzeitpflege	111	91	49
Medizin	94	75	7
Langzeitpflege	17 (3.9 auf 1'000 Pflgetage)	16	42
Bemerkungen	Der Verletzungsindex beträgt 44.1 für alle Verletzungen und 6.1 (3 Fälle) für schwere Verletzungen. In 55 Fällen spielte Desorientiertheit und Verwirrtheit als medizinischer Risikofaktor eine Rolle; bei 46 Patienten wurde Schlafmittel oder Psychopharmaka verabreicht. Die Bodenverhältnisse waren fast überall trocken.		

4.4.2 Pflegeindikator >Dekubitus< (Wundliegen)

Messung im Berichtsjahr	Messinstrument
<input checked="" type="checkbox"/> Ja, 2009 Messung durchgeführt <input type="checkbox"/> Nein, 2009 keine Messung <input type="checkbox"/> Messung noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden)	<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument: Dekubitus Erfassungsprotokoll <input type="checkbox"/> externes Instrument

Bereich	Dekubiti gesamt	Betroffene Patienten	Bei Eintritt vorhanden	Im Spital entstanden	Tiefenausdehnung	
					Oberfläche	Fettgewebe
Standort Kreuzspital, Langzeitpflege	4	3	2	2	2	2
Bemerkungen	Beweglichkeit und Aktivität der betroffenen Personen waren/sind sehr eingeschränkt.					

4.4.2.1 Präventionsmassnahmen

Im **Sturzkonzzept** des Kantonsspitals Graubünden werden die Sturzgefahren erkannt, die Sturzfolgen aufgezeigt und das Sturzrisiko eingeschätzt. Ein Massnahmenkatalog bei Sturzrisiko rundet das Bild ab. Präventive Massnahmen wie Bettgitter und Sturzhosen werden angeboten. Die Einschätzung des Sturzrisikos erfolgt aufgrund folgender Risikobereiche: Stürze in der Vorgeschichte (drei Monate), Mobilität, kognitive Faktoren, Ausscheidung, Medikamente,

Gleichgewicht und eingeschränkte Wahrnehmung. Die Einschätzung des Sturzrisikos wird im Rhythmus von fünf Tagen im Sinne einer Neubeurteilung wiederholt. Die Neubeurteilung ist vor Ablauf von fünf Tagen vorzunehmen, wenn der Patient eine Verschlechterung seines Allgemeinzustandes erfährt, nach Phasen der Bettlägerigkeit oder verordneter Bettruhe sowie nach einem Sturzereignis.

Grundsätzliche Massnahmen (Auszug aus dem Sturzkonzept)

- Bettniveau tief
- Gutes Schuhwerk oder ABS-Socken (SAP Nr. 10036031)
- Glocke erklären, sichtbar und erreichbar platzieren
- Dem Patienten angepasste Lichtverhältnisse schaffen (auch nachts)
- Blockieren von Rädern und Rollen muss funktionieren, sonst in die Werkstatt geben
- Nasse Böden sofort trocken wischen
- Sicherstellen, dass Patienten Schuhe tragen, die richtig sitzen, sicher zu schliessen sind und rutschfeste Sohlen haben
- Angepasste Kleidung
- Zur Verbesserung der Mobilität sollten die Patienten dazu angehalten werden, mindestens drei Mal täglich zu gehen/stehten
- Patient dazu auffordern soviel wie möglich zu gehen (mind. 3x tgl.). Es kann hilfreich sein, kleine Ziele festzulegen z.B. tgl. Gang zur Toilette und retour oder eine Ganglänge pro Tag. Bei gutem Gesundheitszustand sollte ein Patient 30 – 45 min. gehen pro Tag.
- Geräteverantwortliche überprüft und wartet regelmässig die Gehhilfen (Gehstöcke, Rollator, Rollstuhl, Delta-Gehrad, Eulenburg, Krücken), bei Bedarf schult sie das Personal
- Fussstützen vor dem Aufstehen immer hochklappen (Kippgefahr!)
- Nachttischlampe in Griffnähe platzieren
- Patienten und Angehörige umfassend über Sturzgefahr, Risikofaktoren und Sturzprävention informieren.

Weiters liefert die von der Patientensicherheit Schweiz herausgegebene Broschüre Sturzprävention (2008) wertvolle Hinweise. Als präventive Massnahmen bei Dekubitus werden bei Patienten mit hohem Dekubitusrisiko beispielsweise spezielle Auflagen und Matratzen gemietet.

4.4.3 Freiheitseinschränkende Massnahmen (Langzeitpflege)

Massnahme	Anzahl Massnahmen	pro 1'000 Pflgetage
Bettgitter	25	5.7
Rollstuhltische	7	0.7
Bettgurte	0	0

Bei fast allen 25 Pflegeempfängern wurden die freiheitseinschränkenden Massnahmen aufgrund Selbstgefährdung durch Sturzgefahr angewendet. Es fand immer ein Gespräch mit den Pflegeempfängern und, im Bedarfsfall, auch mit der externen Bezugsperson statt.

Anmerkung Zertifizierung Langzeitpflege nach sanaCERT

Gemäss Verordnung des Gesundheitsgesetzes des Kantons Graubünden müssen Pflegeheime ihr Qualitätsmanagementsystem bis Ende 2010 zertifizieren lassen, um weiterhin auf der Liste der anerkannten Pflegeheime des Kantons Graubünden zu verbleiben. Die Langzeitabteilung des Kantonsspitals Graubünden entschied sich in Übereinstimmung mit der sanaCERT Zertifizierung des Gesamtkrankenhauses für eine Zertifizierung durch sanaCERT.

Zertifiziert werden die Qualitätsentwicklung, die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner, die Pflege und Betreuung sowie die Früherkennung und Vorbeugung von Gewalt. Der Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen ist Bestandteil dieser Qualitätsbereiche. Das Vor-Audit ist erfolgreich bestanden.

5. Zertifizierungen und laufende Verbesserungsaktivitäten

Weitere Informationen sind auch im [H+ Qualitätsportal -> www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

5.1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Die Erfüllung der **gesetzlichen Vorgaben** werden durch die entsprechenden Stellen getätigt (z.B. Inspektionen, amtliche Kontrollen). Teilbereiche (z.B. Institut für Spitalpharmazie, Labor) werden durch ISO zertifiziert oder können durch Berufs- und Standesorganisationen oder Firmen mittels **Assessment** überprüft werden (z.B. Migrant Friendly Hospital, stillfreundliches Spital oder kindgerechtes Spital nach der WHO EACH-Charta, Room-Service, Spitalhygiene).

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs-jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Gesamtes Unternehmen (Akutspital)	sanaCERT Suisse	2011	-	Bereiche: Qualitätsmanagement, Infektionsprävention, Erhebung von Patientenurteilen, Chirurgie, Pflege, Umgang mit kritischen Ereignissen, Mitarbeitende Menschen u. Spital, Ernährung
Gesamtes Unternehmen	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz EKAS, H+ Branchenlösung	2002	2009	
Langzeitpflege	sanaCERT Suisse	2010		Das Vor-Audit für die Langzeitpflege hat am 11. März 2010 erfolgreich stattgefunden. Das Zertifizierungs-Audit wird im Oktober 2010 durchgeführt
Institut für Spitalpharmazie	ISO 9001:2000 GMP – PIC	2006 2009	2008 2004	Das Institut für Spitalpharmazie ist als erste Abteilung nach ISO zertifiziert. Zusätzlich gehört das ISP seit 2007 zu den offiziellen Weiterbildungsstätten der Spitalpharmazie FPH. Gleichzeitig wurde das ISP im 2009 durch die regionale Fachstelle Zentral- und Ostschweiz nach GMP und PIC auditiert.
<i>rettung chur</i>	IVR Anerkennung	2002	2007	Erster Rettungsdienst der Schweiz, welcher die Re-Zertifizierung ohne Auflagen geschafft hat.

5.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten (Auszug)

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Weitere Informationen sind auch im **H+ Qualitätsportal** -> www.spitalinformation.ch zu finden.

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Gesamtes Unternehmen	Mitglied H+ Branchenlösung zur Arbeitssicherheit	Erhöhung der Arbeitssicherheit	Teilnahme an den jährlichen Kampagnen H+ Interne Sicherheitsaudits.
Gesamtes Unternehmen	Konzept Krisenmanagement bei kritischen Ereignissen mit Patientenschaden. Bestandesaufnahme und Konzept Krisenmanagement Organisation für Grossereignisse und Katastrophen (OGK) 2006.	Optimales Risiko-management für absolute Patientensicherheit	Bildung eines internen Care Teams, Angebot von diversen internen Fortbildungen.
Gesamtes Unternehmen	Erfassung und Analyse von kritischen Zwischenfällen, Diskussion und Umsetzung von Verbesserungs-massnahmen.	Ausbau CIRS im Rahmen der sanaCERT Zertifizierung bis 2011 (Qualitätsstandard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen).	Umsetzung; Pilotprojekt Herbst 2010.
Gesamtes Unternehmen	Teilnahme an diversen wissenschaftlich-medizinischen Forschungsstudien und anderen Forschungsstudien	Neuer Erkenntnisgewinn zur Umsetzung von qualitätsverbessernden Massnahmen.	Ergebnisse der Studien werden departements-intern behandelt.
Gesamtes Unternehmen	Konfliktmanagement	Wirkungsvoller Umgang mit Konflikten mit Lern- bzw. Entwicklungspotenzial für alle Beteiligten.	2007: Konzept Konfliktmanagement mit Gremium Konfliktmanagement mit Mitarbeiterschulungen. Ab 2008 laufend Mitarbeiterschulungen.
Gesamtes Unternehmen	Schmerzkonzept für Patienten	Prävention von Schmerzen und medizinische Bekämpfung bei Schmerzen	Erfassung, Einschätzung, Dokumentation und Feedback zu Schmerzen mittels Schmerz-erfassungsbogen.
Gesamtes Unternehmen	Absenzenmanagement bei Krankheit oder Unfall	Eruiieren von eventuell betriebsinternen Gründen bei längerer Abwesenheit, Bieten von Verbesserungsmöglichkeiten.	Rückkehrformular bei Absenzen > 6 aufeinander folgenden Tagen, Ist-Analyse Gefahrenermittlung für alle Bereiche mittels H+ Checkliste zur Gefahrenermittlung. Einführungsschulungen für Kader.
Departement Pflege und Fachsupport	Qualitätsentwicklung im Pflegedienst	Definition und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Steuerung der Entwicklung und Überprüfung von Pflege-richtlinien, Pflegestandards und Pflege-Qualitäts-indikatoren	Konzept Pflegequalität und Pflegeleitbild genehmigt; in Umsetzung.

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Departement ANIR, Intensivstation	IPS Qualitätsbericht	Sicherstellung, Erhaltung und Förderung der Qualität bei allen IPS-Berufsgruppen. Übergeordnetes Ziel: Patientensicherheit.	Zweimal jährlich wird der IPS Qualitätsbericht erstellt und in einer dazu stattfindenden Sitzung erläutert. Massnahmen werden definiert, umgesetzt und überprüft.
Departement Kinder- und Jugendmedizin	Erhebung Neonatal Dataset	Qualitätskontrolle und Outcomemessung der Neugeborenenintensivpflege	Kontinuierliche Neugeborenenintensivmedizinische Qualitätserhebung
Departement Kinder- und Jugendmedizin	Kinderintensivmedizinische Qualitätsdatenerfassung der schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (MDSi)	Kontinuierliche Überprüfung der Qualitätsdaten im Bereich der Kinderintensivmedizin	Das minimale Datensatz der SGI (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin) MDSi wird für Frühgeborene auf der KIPS befüllt.
Departement Kinder- und Jugendmedizin	Erfassung seltener pädiatrischer Erkrankungen	Das SPSU dient der Erfassung seltener pädiatrischer Erkrankungen bei hospitalisierten Kindern. Die Träger des Systems sind die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und das Bundesamt für Gesundheit.	laufende Erfassung seit 1995.
Departement Gynäkologie/ Geburtshilfe	ASF Statistik	Jahresstatistik und Externe Morbiditätsanalyse der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken ASF (Patronat Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG)	1994
Departement Gynäkologie/ Geburtshilfe	MIBB Datenbank (Minimal invasive breast biopsies) Patronat SGS	Nationale Datenbank zur Qualitätssicherung in der Mammodiagnostik (Tarifvoraussetzung BAG)	2003
Departement Institute, medizinisches Labor	Interne analytische Qualitätskontrollen (Ringversuche)	Sicherstellung der Qualität bzw. Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen aus Ergebnissen	Aktivität beinhaltet eine fortlaufende, d. h. vierteljährlich stattfindende externe Qualitätskontrolle, so genannte Ringversuche, welche extern an KSGR zugesandt werden.
Departement Pflege und Fachsupport	Interne Audits bei Room-Service	Sicherstellung und Verbesserung der Dienstleistungsqualität	Während des Jahres finden auf allen Bettenstationen mit Room-Service interne Audits zur Überprüfung der korrekten Anwendung der Room-Service-Standards statt.
Departement Pflege und Fachsupport	Interne Audits bei der Leistungserfassung der Pflege (LEP)	Verbesserung der Datenqualität und pflegerischen Leistungserfassung	Während des Jahres werden interne Audits zur Überprüfung der korrekten Anwendung bei der Leistungserfassung der Pflege (LEP) durchgeführt.

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Departement Chirurgie	Swiss Vasc Registry	Datenerhebung bei allen Patienten mit Gefässeingriffen	Datenerhebung und jährliche, klinikspezifische Auswertungen erfolgen seit 2004
Departement Chirurgie	Patientenerfassungsbogen Viszeral- und Thoraxchirurgie	Datenerhebung bei allen Patienten mit Abdominaleingriffen, Eingriffen an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse und Thoraxeingriffen	Analysen und Besprechungen, Komplikationen werden in Komplikationenkonferenz der Chirurgie eingebracht.
Departement Services, Informatik	Audit / Revisionen	Sicherstellung und Aufrechterhaltung der hohen Dienstleistungsqualität	2005 Security Audit, 2006/07 IT Revision, 2009 Audit
Departement Services, Finanzen	Internes Kontrollsystem (IKS)	Optimale Risikobeurteilung im Finanzsektor	IKS ist gesetzlich verankert. Zusätzlich zu jährlichen ordentlichen Revisionen der Finanz- und Nebenbuchhaltung werden jährlich Sonderrevisionen durchgeführt.

5.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte (Auszug)

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2009 (laufend / beendet)

Weitere Informationen sind auch im [H+ Qualitätsportal -> www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden. Qualitätsentwicklung geschieht im Kantonsspital Graubünden effizient und effektiv. Qualitätsmassnahmen und Qualitätsprojekte sind eingebunden in das Projektmanagement des Kantonsspital Graubündens.

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit
Gesamtes Unternehmen	Teilnahme an Pilotprojekt SQLape (geplant)	Messempfehlung des ANQ für 2010 --> Potentiell vermeidbare Zweitoperationen und Rehospitalisierungen	2009/2010
Gesamtes Unternehmen	Migrant Friendly Hospital	Das KSGR strebt an ein "Migrantenfrendliches Spital" zu sein. Teilnahme an Projekt "migrant friendly hospital", Antrag auf finanzielle Unterstützung des BAG.	2009/2010
Gesamtes Unternehmen	Umfragetool EvaSYS	Automatisierung aller hausinternen Umfragen (Patientenbefragung, Schulungsevaluationen)	2009/2010
Gesamtes Unternehmen	Optimierung des Projektmanagements	Implementierung eines hausweiten Projektmanagements	2009/2010
ANIR, rettung chur	Indikatoridiagnose Intoxikation	Erhebung, Bewertung und Analyse der Messdaten zu	2009/2010
ANIR, rettung chur	Alarmierung Notarzt	Problemanalyse Alarmierungsprozess Notarzt -> Verbesserungsmaßnahmen ableiten und Sensibilisierung	2009/2010

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit
		Mitarbeitende rettung chur/ Sanitätsnotruf 144	
Gesamtes Unternehmen	Datenschutz Konzept	Datenschutz bei KSGR Mitarbeitenden als Patienten	2009
Innere Medizin: Onkologie	Optimierung Qualitätssicherung Onkologie	Optimierung Qualitätssicherung im Therapieprozess der Onkologie durch IT gestützte Dokumentation (Diagnose, Therapie, Outcome).	2009/2010
Chirurgie	Optimierung Tagesabläufe Chirurgie	Umsetzung des Konzepts für eine Optimierung der Tagesabläufe auf der Chirurgie, inklusive Arzt- und Kardexvisite.	2009

6. Schlusswort und Ausblick

Das Kantonsspital Graubünden hat als eines der ersten Spitäler seinen Qualitätsbericht nach dem neuen H+ qualité Label ausgerichtet. Im Qualitätsbericht wird das vielseitige und hochstehende medizinische Angebot des Kantonsspitals Graubünden sichtbar gemacht. Mit dem Qualitätsbericht soll zudem eine Plattform zum direkten Austausch mit anderen Spitälern geschaffen werden, um voneinander und miteinander Qualität in einem ständigen Kreislauf zu verbessern.

Das Kantonsspital Graubünden nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck der Orientierung am Patienten und direkter Massstab für die tägliche Arbeit im Kantonsspital Graubünden. Gutes Bauchgefühl allein genügt nicht - die Erfassung von Kundenzufriedenheit, die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages und die Erfüllung von Stakeholdererwartungen erfolgen systematisch.

Dabei werden Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung werden unter den Aspekten der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit umgesetzt. Qualität entsteht dadurch nicht durch äusseren Druck, sondern ist **das tiefe Anliegen und tägliche Bemühen aller Mitarbeitenden** im Kantonsspital Graubünden.

Qualitativ hochstehend versorgte Patientinnen und Patienten sind unsere Mission. Qualitativ hochstehende Leistungserbringung und Patientensicherheit unser oberstes Ziel.



Das Kantonsspital Graubünden bietet mit seinen 27 Disziplinen die meisten Behandlungsformen einer modernen Zentrumsklinik an.

7. Anhänge

7.1 *Strategische Ziele Kantonsspital Graubünden 2009*

7.2 *Ziele der Qualitätskonferenz 2009*

7.3 *Ziele der Qualitätskonferenz 2010*

Strategische Ziele 2009

1 Mission

1.1 Qualitativ hochstehend versorgte Patientinnen und Patienten

Wir versorgen unsere Patientinnen und Patienten aus der Spitalregion Churer Rheintal, aus dem Kanton Graubünden und aus unserem weiteren Einzugsgebiet mit qualitativ hochstehenden Leistungen im Bereich Zentrums- und Grundversorgung. Im organisatorischen und wissenschaftlichen Bereich übernehmen wir Zentrums- und Netzwerkfunktionen.

Wir betrachten die Ethik als zentrales Element der Behandlungs- und Pflegequalität.

1.2 Attraktive Arbeitgeberin

Wir bieten unseren Mitarbeitenden als zeitgemässes, innovatives Unternehmen im Gesundheitswesen ein nachhaltig attraktives Arbeitsfeld. Wir setzen uns für eine positive Entwicklung der Berufe des Gesundheitswesens ein und sind eine etablierte, moderne und erfolgreiche Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätte.

1.3 Finanziell gesundes Spital

Um qualitativ hochstehende Leistungen anbieten zu können, handeln wir wirtschaftlich und investieren gezielt.

Volkswirtschaftliche Aspekte berücksichtigen wir im Rahmen unserer Möglichkeiten. Wir nutzen unsere Handlungsspielräume aktiv und sichern langfristig unsere unternehmerische Unabhängigkeit. Für Partnerschaften und Kooperationen sind wir offen und gehen diese aktiv an, wenn dies für das KSGR von Nutzen ist.

Strategische Ziele

2 Wirtschaftlichkeit / Finanzen

2.1 Ausgeglichene Rechnung

Wir sind eine Nonprofitorganisation. Unser Ziel ist es, eine jährlich mindestens ausgeglichene Rechnung zu erreichen.

2.2 Wirtschaftlich und wettbewerbsfähig

Wir optimieren unsere Prozesse laufend, damit wir in Anbetracht der steigenden Kosten und der limitierten Erträge auch in Zukunft wettbewerbsfähig bleiben. Wir gehen mit dem Wachstum aus der Zentralisierung und Spezialisierung im Gesundheitswesen bewusst um.

Wir fördern erlösstarke Bereiche, um erlösschwache jedoch wichtige Bereiche anbieten zu können.

Wir realisieren konsequent die finanziellen Synergien aus der Fusion.

2.3 Strategiekonforme, nachhaltige Investitionen

Wir investieren gezielt in das Leistungsangebot und in den medizinischen Fortschritt und so viel wie nötig in die Infrastruktur. Gleichzeitig realisieren wir die Neukonzeption des Spitalplatzes Chur. Dies bedingt eine langfristig ausgerichtete Investitionsplanung.

3 Kunden

3.1 Zufriedene Patientinnen und Patienten

Unsere Patientinnen und Patienten fühlen sich bei uns kompetent behandelt, wohl sowie individuell wahr und ernst genommen. Auch die Angehörigen nehmen uns als vertrauenswürdigen Partner wahr, dessen oberstes Ziel die Gesundheit und das Wohl der Patientinnen und Patienten ist.

3.2 Starker Partner für zuweisende Ärzte und Institutionen

Wir werden von den zuweisenden Ärzten und Institutionen als langfristiger, starker und vertrauenswürdiger Partner wahrgenommen. Durch eine enge Zusammenarbeit schaffen wir für beide Seiten eine "Win-Win-Situation".

3.3 Positives Image in der Öffentlichkeit

Wir werden von der Öffentlichkeit als ein Spital wahrgenommen und haben den Ruf eines modernen, leistungsfähigen Zentrumsspitals mit hoch qualifizierten, freundlichen und zuvorkommenden Mitarbeitenden, die die Gesundheit und das Wohl der Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellen.

3.4 Zentrumsspital der Südostschweiz

Wir entwickeln uns zum Zentrumsspital der Südostschweiz.

4 Prozesse / Leistungen

4.1 Aktuelles Leistungsangebot

Wir konzentrieren uns auf unsere Leistungen als Zentrumsspital und auf unsere Kernkompetenzen. Weitere Leistungen müssen langfristig von Nutzen sein. Um ein aktuelles Leistungsangebot anzubieten, überprüfen wir das Portfolio laufend und entwickeln es gezielt weiter.

4.2 Optimierte Behandlungs- und Pflegequalität

Wir überwachen laufend unsere Behandlungs- und Pflegequalität (Struktur, Prozess, Ergebnis) und setzen Verbesserungsmaßnahmen konsequent um.

4.3 Optimiertes Prozess- und Schnittstellenmanagement

Wir arbeiten kontinuierlich an der Optimierung aller Prozesse. Ein besonderes Gewicht legen wir dabei auf den Umgang mit Schnittstellen.

4.4 Integriertes Qualitätsmanagement

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).

5 Mitarbeitende / Potenziale

5.1 Die Patientinnen und Patienten stehen im Zentrum unseres Handelns

Im Zentrum unserer täglichen Arbeit stehen die Patientinnen und Patienten. Eine konsequente Kundenorientierung und eine „Yes-Mentalität“ sind Grundvoraussetzungen.

5.2 Interdisziplinäre und wertschätzende Denkhaltung

Wir fördern eine interdisziplinäre Denkhaltung sowie das Verständnis, die Wertschätzung und die Toleranz unter den verschiedenen Berufsgruppen.

5.3 Zufriedene Mitarbeitende

Unsere Mitarbeitenden fühlen sich bei uns wohl und gerecht behandelt sowie individuell wahr und ernst genommen. Zufriedene Mitarbeitende erachten wir als wesentliche Grundlage, um unsere Patientinnen und Patienten qualitativ hochstehend zu versorgen und unser Unternehmen weiter zu entwickeln.

5.4 Initiatives und departementsübergreifendes Handeln

**Wir denken und handeln auf jeder Stufe initiativ und departementsübergreifend. Wir beziehen wirtschaftliche Aspekte in unsere Überlegungen ein. Einzelinteressen stellen wir hinter die Interessen des Gesamtsitals zurück.
Unser Denken und Handeln zeichnet sich durch Kompetenz, Vertrauen, Loyalität, Offenheit und Fairness aus.**

5.5 Förderndes und forderndes Arbeitsumfeld

Wir bieten unseren Mitarbeitenden ein Arbeitsumfeld, welches es ihnen ermöglicht, ihr Leistungspotenzial zu entfalten. Wir fördern unsere Mitarbeitenden in ihrer persönlichen, fachlichen und führungsmässigen Weiterentwicklung. Wir kommunizieren offen und direkt und leben eine konstruktive Feedbackkultur. Von unseren Mitarbeitenden fordern wir die als „State of the art“ geltende Leistung und das erforderliche Wissen ein.

5.6 Attraktive Aus-, Weiter- und Fortbildung

Wir bieten unseren Mitarbeitenden attraktive Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten an. Wir fördern die interdisziplinäre Wissensverbreitung. Mitarbeitende und Führungskräfte bekennen sich zu dauernder persönlicher und gezielter Fortbildung.

5.7 Zeitgemässe Infrastruktur

**Wir stellen unseren Patientinnen und Patienten die für eine optimale Behandlung, Pflege und Hotellerie nötige und wirtschaftlich langfristig sinnvolle Infrastruktur bereit. Sie soll unseren Mitarbeitenden optimale Betriebsabläufe ermöglichen. Eine zeitgemässe, strategisch ausgerichtete und prozessorientierte Informatik erachten wir als zentrale Basis für den Erfolg.
Wir gewährleisten Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.**

**Kantonsspital Graubünden
Qualitätskonferenz**
Heinrich Neuweiler, Vorsitzender
Mitglied der Geschäftsleitung
Loëstrasse 99
CH-7000 Chur

Standort Kreuzspital
Tel. +41 (0)81 256 66 20
Fax +41 (0)81 256 66 25
heinrich.neuweiler@ksgr.ch
www.ksgr.ch

Ziele 2009 der Qualitätskonferenz

1. sanaCERT Zertifizierung

- 1.1 Projektvereinbarung für die Konzeptionsphase der acht Qualitätsstandards sanaCERT sind von der GL verabschiedet. Standards:
 - Grundstandard Qualitätsmanagement
 - Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene
 - Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen
 - Standard 7: Chirurgie
 - Standard 9: Pflege
 - Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
 - Standard 12: Mitarbeitende Menschen und Spital
 - Standard 15: Ernährung
- 1.2 Konzeptionsphase ist in allen acht Projekten abgeschlossen
- 1.3 Mitarbeiterinformationsveranstaltung ist durchgeführt
- 1.4 Projektvereinbarungen für die Umsetzungsphase liegen vor

2. Picker Patientenumfragen

- 2.1 Erste Massnahmen werden abgeschlossen (z. B. "Ängste und Talisman" Pädiatrie)
- 2.2 Weitere Massnahmen aus der Picker Zusatzanalyse werden initiiert

3. Mitarbeiterumfrage 2008 KSGR

- 3.1 Zwei Mitarbeiterveranstaltungen zu den Ergebnissen sind durchgeführt (Mecon)
- 3.2 Erste Verbesserungsmassnahmen werden ab der 2. Jahreshälfte 2009 initiiert

4. Zertifizierung Langzeitpflege 2009 *(verschoben auf 2010)*

- 4.1 Zertifizierung ist erfolgreich durchgeführt

5. Ambulante Patientenumfrage 2009

- 5.1 Ist-Analyse der ambulanten Patienten ist durchgeführt und von Q-Konferenz verabschiedet
- 5.2 Wahl der Firma inkl. des Fragebogens in verschiedenen Versionen von Q-Konferenz verabschiedet
- 5.3 Umfrage (eventuell Testlauf mit einer Abteilung) ist durchgeführt
- 5.4 Analyse der Umfrage liegt in der ersten Jahreshälfte 2010 vor

6. Erweiterung des bestehenden Umfragekonzeptes

- 6.1 Erweiterung des bestehenden Umfragekonzeptes um die Zielgruppen Mitarbeitende und ambulante Patienten
- 6.2 Ausbau gelber Fragebogen (laufende stationäre Patientenbefragung)

7. H+ qualité 2008

- 7.1 Der H+ qualité 2008 ist erstellt, von Qualitätskonferenz, Geschäftsleitung und Verwaltungsrat verabschiedet und veröffentlicht.
- 7.2 *Neu ab 07/2009*: Die Vernehmlassung des elektronischen H+ qualité Qualitätsportal ist abgeschlossen und kann für Herbst 09 freigeschalten werden.

8. Lenz Workshop 2009

- 8.1 Organisation und Durchführung Lenz Workshop im April 2009
- 8.2 Plausibilisierung von allfälligen Massnahmen
- 8.3 Erarbeitung Massnahmenplan und Überprüfung Massnahmenplan letzter Workshop 11.11.2008

9. PEQ Umfrage 2009 (*neu ab 07/2009*)

- 9.1 Umfrage mit dem Patientenkurzfragebogen PEQ ist durchgeführt (PEQ09 als nationales Projekt des ANQ; Ergebnisse liegen anfangs 2010 vor).

**Kantonsspital Graubünden
Qualitätskonferenz**
Heinrich Neuweiler, Vorsitzender
Mitglied der Geschäftsleitung
Loëstrasse 99
CH-7000 Chur

Standort Kreuzspital
Tel. +41 (0)81 256 66 20
Fax +41 (0)81 256 66 25
heinrich.neuweiler@ksgr.ch
www.ksgr.ch

Ziele 2010 der Qualitätskonferenz

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

- 1.1 Potenziell vermeidbare Zweitoperationen 2009 nach der SQLape Methode
- 1.2 Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen 2008 und 2009 nach der SQLape Methode
- 1.3 Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO 2010ff

2. sanaCERT Zertifizierung

- 1.5 Projektvereinbarung für die **Umsetzungsphase** der acht Qualitätsstandards sanaCERT sind von der GL verabschiedet. Standards:
 - Grundstandard Qualitätsmanagement
 - Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene
 - Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen
 - Standard 7: Chirurgie
 - Standard 9: Pflege
 - Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
 - Standard 12: Mitarbeitende Menschen und Spital
 - Standard 15: Ernährung
- 1.6 Das **Vor-Audit** ist in der Standardvariante durchgeführt.

3. Ambulante Patientenumfrage 2009 / 2010

- 3.1 Ergebnisse liegen vor.
- 3.2 Informationsveranstaltungen sind durchgeführt.

4. Mitarbeiterumfrage 2008 KSGR

- 3.3 Verbesserungsmassnahmen aus der Mitarbeiterumfrage werden abgeschlossen.

5. Zertifizierung Langzeitpflege 2010

- 5.1 Zertifizierung ist erfolgreich durchgeführt.

6. Erweiterung des bestehenden Umfragekonzeptes (übernommen aus Zielen 2009)

- 6.1 Das bestehende Umfragekonzept ist erweitert.
- 6.2 Der gelbe Fragebogen (laufende stationäre Patientenbefragung) ist inhaltlich ausgebaut.
- 6.3 Die Erfassung und Analyse erfolgt automatisiert mit dem Umfragetool EvaSys.

7. Qualitätsbericht H+ qualité und Jahresbericht Qualitätskonferenz 2009

- 7.1 H+ qualité 2009 ist verabschiedet und veröffentlicht.
- 7.2 Jahresbericht 2009 der Qualitätskonferenz und des Qualitätsmanagements ist verabschiedet und veröffentlicht.

8. PEQ Umfrage 2009

- 8.1 Ergebnisse mit dem Patientenkurzfragebogen PEQ liegen vor.
- 8.2 Ergebnisse werden kommuniziert.
- 8.3 Bei Handlungsbedarf werden Massnahmen umgesetzt.

9. Sammlung aller Qualitätsaktivitäten KSGR 2010 (Stichwort sanaCERT)

- 9.1 Sammlung aller Q-Aktivitäten 2010 ist von der Qualitätskonferenz verabschiedet.
- 9.2 Liste der in den Geschäftsleitungssitzungen behandelten Qualitätsthemen 2009 ist von der Qualitätskonferenz verabschiedet.