

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



Kantonsspital Graubünden
Direktion
Loëstrasse 170
7000 Chur

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung.....	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	4
3.1	Kontaktangaben.....	4
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	5
4	Kennzahlen	6
4.1	Versorgungsstufe.....	6
4.2	Personalressourcen	6
4.3	Fallzahlen	7
4.4	Weitere Leistungskennzahlen.....	8
4.5	Top Ten-Diagnose stationär.....	8
4.6	Top Ten-Eingriffe	9
4.7	Altersstatistik.....	10
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	11
4.9	Mortalitätszahlen.....	11
4.9.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung</i>	<i>11</i>
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	<i>11</i>
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	<i>12</i>
5	Zufriedenheitsmessungen.....	13
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen.....	13
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme.....	13
5.2.1	<i>Patientenbefragung 2007</i>	<i>13</i>
5.2.2	<i>Mitarbeiterbefragung 2008</i>	<i>15</i>
5.2.3	<i>Messung Zuweiserzufriedenheit 2006</i>	<i>16</i>
6	Qualitätsindikatoren	17
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte):.....	17
6.1.1	<i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 7 Tagen mit gleicher Hauptdiagnose oder Komplikation</i>	<i>17</i>
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation.....</i>	<i>17</i>
6.2	Infektionen	17
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO / IVQ</i>	<i>17</i>
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen.....</i>	<i>18</i>
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	<i>18</i>
6.3	Komplikationen	19
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	<i>19</i>
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	<i>19</i>
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	20
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	<i>20</i>
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	<i>20</i>
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	21
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	<i>21</i>
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	<i>21</i>
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	21
7	Qualitätsaktivitäten	22
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	22
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	23
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	25
8	Schlusswort und Ausblick	26
9	Individuelle Anhänge	27
9.1	Strategische Ziele des Kantonsspitals Graubünden	28
9.2	Ziele der Qualitätskonferenz 2008	33
9.3	Ziele der Qualitätskonferenz 2009	35

2 Einleitung

Das Kantonsspital Graubünden (KSGR) mit seinen drei Standorten (Hauptstandort, Standort Frauenspital Fontana und Standort Kreuzspital) hat seit seiner Entstehung das Qualitätsmanagement umstrukturiert und entwickelt es im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden laufend weiter. Ein Leitspruch unseres Betriebs lautet: **Bei uns sind Sie in den besten Händen**. Mit grossen Anstrengungen versuchen wir dieses Leitmotto tagtäglich in die Tat umzusetzen.

Das Kantonsspital Graubünden will mit der Publikation dieses Qualitätsberichts zudem zur Transparenz im Gesundheitswesen beitragen.

Sollten Sie Fragen und/oder Unklarheiten zum H+ qualité Bericht haben, bitten wir Sie, uns zu kontaktieren. Wir sind jederzeit für Sie da.

Der Qualitätsbericht H+ qualité 2008 wurde am 12. Mai 2009 von der Qualitätskonferenz, am 25. Mai 2009 von der Geschäftsleitung und am 28. Mai 2009 vom Verwaltungsrat verabschiedet.

© Kantonsspital Graubünden: Chur, 13. Mai, 5./16./17. Juni, 21. Juli und 18. August 2009

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Auskunftspersonen für Fragen betreffend Q-Bericht

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Heinrich NEUWEILER	081 256 66 20	heinrich.neuweiler@ksgr.ch	Qualitätsbeauftragter, Mitglied der Geschäftsleitung, Departementsleitung Pflege und Fachsupport
Dr. phil. Tima PLANK	081 255 23 20	tima.plank@ksgr.ch	Qualitätsmanagerin
Aline BRAUCHLI	081 255 23 52	aline.brauchli@ksgr.ch	Assistentin Qualitätsmanagement
Erwin WALDER	081 256 67 29	erwin.walder@ksgr.ch	Controlling, Datenverantwortlicher administrative Statistik BfS

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Heinrich NEUWEILER	081 256 66 20	heinrich.neuweiler@ksgr.ch	Qualitätsbeauftragter, Mitglied der Geschäftsleitung, Departementsleitung Pflege und Fachsupport	ca. 20 %
Dr. phil. Tima PLANK	081 255 23 20	tima.plank@ksgr.ch	Qualitätsmanagerin, ist dem Qualitätsbeauftragten direkt unterstellt	90 %
Marco OESCH	081 256 67 36	marco.oesch@ksgr.ch	Leiter Unternehmensentwicklung (Departement 0 Direktion)	
Silvia PLATTNER	081 256 65 62	silvia.plattner@ksgr.ch	Leiterin Physiotherapie (Departement 1 Institute)	
Dr. med. Peter VILLIGER	081 256 62 02	peter.villiger@ksgr.ch	Leiter Viszeralchirurgie, Co-Chefarzt (Departement 2 Chirurgie)	
PD Dr. med. Adrian FRUTIGER	081 256 64 46	adrian.frutiger@ksgr.ch	Chefarzt Intensivstation (Departement 3 ANIR Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung)	
Beat HUGENTOBLER	081 256 60 24	beat.hugentobler@ksgr.ch	Betriebsleiter Rettungsdienst (Stv. Departement 3 ANIR Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung)	
Dr. med. Thomas WIELAND	081 256 63 01	thomas.wieland@ksgr.ch	Stellvertretender Chefarzt (Departement 4 Innere Medizin)	
Dr. med. Matthias CREMER	081 256 60 98	matthias.cremer@ksgr.ch	Oberarzt (Departement 5 Kinder- und Jugendmedizin)	
Dr. med. Martina Gabriela MARANTA	081 254 81 64	martina.maranta@ksgr.ch	Oberärztin (Departement 6 Gynäkologie und Geburtshilfe)	
Reinhard LOREZ	081 256 66 36	reinhard.lorez@ksgr.ch	Leiter Fachbereiche (Departement 7 Pflege und Fachsupport)	
Alfred HOSTETTLER	081 256 67 04	alfred.hostettler@ksgr.ch	Leiter Finanzen / Patientenadministration (Departement 8 Services)	

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Als ständiges Fachgremium wurde eine **Qualitätskonferenz** gebildet. Sie ist direkt der Geschäftsleitung unterstellt und repräsentativ aus allen Departementen zusammengesetzt. Das **Reglement der Qualitätskonferenz** beinhaltet:

1. Zweck

Die Qualitätskonferenz ist ein ständiges Fachgremium, das die Geschäftsleitung in allen Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung berät. Sie koordiniert Qualitäts-Projekte, stellt Anträge und fördert die Qualitätsentwicklung in allen Departementen und im ganzen Betrieb.

2. 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.

3. Aufgaben

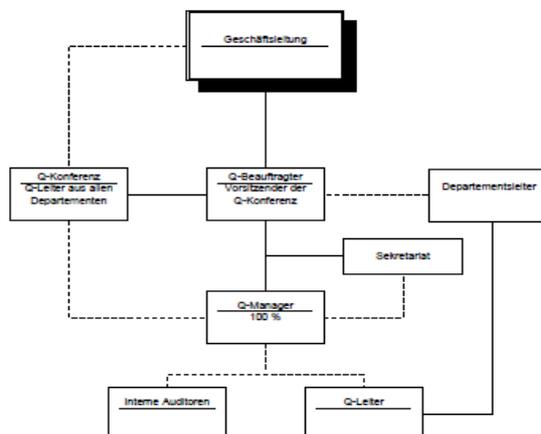
Die Qualitätskonferenz

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

4. 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.

Organigramm Q-Management



Legende: ——— Kontakte
——— Unterstellung

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik (BfS)		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 1 - 3000 stationären Fällen

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details
Ärzte	209.3	
Pflege	376.2	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	424.7	Anästhesie: 32.8 Intensivpflege: 59.2 Operationssäle: 60.6 Notfall: 20.5 Gebärsäle: 16.5 Röntgen: 44.9 Labor: 29.8 Physiotherapie: 12.9 Med. Diagnostik: 17.8 Ergotherapie: 1.8 Apotheke: 9.6 Medizinische Sekretariate: 78.2 Sozialdienst: 5.0 Rettung und Andere: 34.7
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	242.1	Verwaltung: 106.1 Ökonomie./Haus/Transport.: 59.7 Küche: 46.6 Technische Betriebe und Krankenwagenfahrer: 29.6
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	102.4	
Kommentar zu den Personalressourcen		
Insgesamt arbeiten 1'702 Mitarbeitende (Stichtag 31.12.2008) mit 1'354.6 Vollzeitäquivalentstellen (Jahresdurchschnitt) im KSGR.		

4.3 Fallzahlen

Datenquelle								
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik				<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung		
Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen	
	Alter	0-17	18-65	66-	0-17	18-65		66-
Allg. Chirurgie	76	2134	957	261	4292	1046		
Handchirurgie	9	150	45	68	1213	213		
Plast. Chirurgie	1	70	21	48	605	103		
Orthopädie	40	745	413	214	1583	682		
Urologie	7	599	503	14	1218	861		
Neurochirurgie		340	139	1	673	247		
ORL	36	556	136	45	644	186		
Augen	7	30	71	169	1154	1607		
Innere Medizin	25	2051	2484	189	6333	3314		
Kinder- und Jugendmedizin	2082	11	-	5726	154*	7*	* EEG Untersuchungen, welche im Departement Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt werden.	
Gynäkologie	9	676	143	107	7374	1143		
Geburtshilfe	743	1028		251	586		Inkl. gesunde Säuglinge	
Röntgen				53	3296	1580		
Physiotherapie				10	268	100		
Ernährungsberatung				11	167	33		
Logopädie					31	13		
Diabetesberatung					47	22		
Wund- und Stomaberatung					25	20		
IPS					19*	38*	*IPS hat keine eigenen Fälle, sind in den Fallzahlen Medizin und Chirurgie enthalten, ausser ambulante Kardioversionen.	
Gesamt	3035	8390	4912	7167	29'682	11'215		
Gesamt Stationär / Teilstationär	Stationäre Fälle			Teilstationäre Fälle				
	16'337			48'064				
Kommentar zu den Fallzahlen								

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen	
Pflegetage	119'069	Doppelzählung Mutter und Kind beachten. Gesunde Säuglinge werden mitgezählt. Pflegetage beziehen sich auf das Akutspital, ohne Langzeitpflege.	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.29		
Geburten (stationär und ambulant)	890	Ohne Doppelzählung Mutter-Kind, inklusive Zwillingsgeburten (Zwillinge = 2).	
Operationen stationär	11'555 Operationen insgesamt (7'052 Operationen am Hauptstandort. 2'493 am Standort Kreuzspital. 2'010 am Standort Fontana).		
Operationen ambulant und teilstationär		Eine Aufspaltung der Operationen auf stationär und ambulant/teilstationär wird aufgrund der geringen Aussagekraft nicht mehr gemacht.	
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen			
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer reduzierte sich erneut gegenüber dem Vorjahr von 7.6 auf 7.29 Tage.			

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	333	2.04 %	S06.00	Gehirnerschütterung
2	292	1.79 %	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit
3	205	1.25 %	Z47.0	Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung
4	192	1.18 %	Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung
5	169	1.03 %	N40	Prostatahyperplasie
6	168	1.03 %	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
7	149	0.91 %	C61	Bösartige Neubildung der Prostata
8	147	0.90 %	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien
9	137	0.84 %	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän
10	132	0.81 %	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				
Ohne Diagnosen "Geburt".				

4.6 Top Ten-Eingriffe

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	713	4.36 %	37.22	Linksherzkatheter
2	474	2.90 %	73.59	Sonstige manuell unterstützte Geburt
3	281	1.72 %	74.1	Tiefe zervikale Sectio caesarea
4	198	1.21 %	79.36	Offene Reposition einer Fraktur an Tibia und Fibula mit innerer Knochenfixation
5	191	1.17 %	60.29	Sonstige transurethrale Prostatektomie
6	158	0.97 %	79.32	Offene Reposition einer Fraktur an Radius und Ulna mit innerer Knochenfixation
7	132	0.81 %	47.01	Laparoskopische Appendektomie
8	126	0.77 %	81.51	Totalendoprothese des Hüftgelenks
9	124	0.76 %	39.50	Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en)
10	124	0.76 %	85.21	Lokale Exzision einer Läsion an der Mamma
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				

4.7 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Kategorie	Alter	Anzahl männlicher Patienten ♂	Anzahl weiblicher Patientinnen ♀
1	0 bis 1	857	790
2	2 bis 4	192	119
3	5 bis 9	207	146
4	10 bis 14	199	184
5	15 bis 19	288	294
6	20 bis 24	331	328
7	25 bis 29	267	538
8	30 bis 34	242	588
9	35 bis 39	295	500
10	40 bis 44	356	387
11	45 bis 49	473	433
12	50 bis 54	490	403
13	55 bis 59	603	427
14	60 bis 64	703	525
15	65 bis 69	705	529
16	70 bis 74	692	467
17	75 bis 79	622	548
18	80 bis 84	408	512
19	85 bis 89	208	305
20	90 bis 94	52	84
21	95 und älter	15	25
Gesamt		8'205	8'132
Kommentar zu der Altersstatistik			
Nur stationäre Fälle.			

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0.96915
Definition des Case-Mix-Index	Adjusted
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	7'849	
Notfälle ambulant und teilstationär	10'922	
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	1'090	
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	441	
Verlegungen in ein anderes Spital	420	
Austritte nach Hause	14'215	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	1'123	
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Resultate
Gesamtspital (alle Fachbereiche und Kliniken): 2,00 % (329 von 16'374 Fällen).
Kommentar
<p>Bei den Sterberaten ist zu berücksichtigen, dass einzelne Fachbereiche naturgegeben sehr unterschiedliche Mortalitätsraten aufweisen. In einer Geburtsklinik sterben glücklicherweise sehr wenige Frauen, in einer Sterbeklinik logischerweise fast Alle.</p> <p>Eine Sterberate macht dann Sinn, wenn sie vergleichbar ist. Als Qualitätsindikator ist sie dann aussagekräftig, wenn z. B. Daten mit gleicher Diagnose verglichen werden. Dies würde aber den Rahmen dieses Q-Berichts sprengen.</p>

4.9.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios
Zur Zeit wird viel über die Mortalitätsraten (Sterberaten) diskutiert. Das BAG plant in diesem Jahr erstmals Mortalitätsraten auf der Grundlage der BSF-Statistik nach der Methode HELIOS zu veröffentlichen.

4.9.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)
	<p>In Zusammenarbeit mit den beiden Landeskirchen bieten wir die Spitalseelsorge an. Für die Mitarbeitenden der IPS besteht eine Kriterienliste für den Umgang und die Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen.</p> <p>Palliative Care wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO folgendermassen definiert: „Palliativmedizin verbessert die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen, unheilbaren Erkrankung einhergehen.“ Palliative Care umfasst dabei medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende. Im Kantonsspital Graubünden wurde Anfang 2009 ein Kompetenzzentrum für Palliative Care eröffnet. Auf der neu geschaffenen Abteilung werden PatientInnen mit einer unheilbaren, jedoch aktuell nicht lebensbedrohlichen Krankheit hospitalisiert. Die PatientInnen sollen mit einem multi-professionellen Team umfassend behandelt werden. Auf der neuen Abteilung soll die Palliativmedizin im Kantonsspital Graubünden gefördert und etabliert werden. Es soll eine umfassende stationäre und ambulante palliative Versorgung und Betreuung möglich sein. Dabei sollen insbesondere PatientInnen in einer schwierigen palliativen Situation betreut werden. Ebenfalls bietet das Kantonsspital Graubünden Hilfe für die Familie der Betroffenen an. Im Ambulatorium werden auf Zuweisung Patienten mit palliativmedizinischen Problemen behandelt.</p>

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen	-	-	-	PEQ wird voraussichtlich erstmals 2009 eingesetzt

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

5.2.1 Patientenbefragung 2007

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Picker Institut	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Picker Fragebogen Erwachsene, Geburt und Kinder	Postalischer Versand eines Fragebogens mit Fragen zum Ankreuzen an Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt im KSGR (Paper&Pencil)	2002 Erwachsene stationär Medizin und Chirurgie, 2001 Pädiatrie, 2007 Erwachsene, Geburt	Alle drei bis vier Jahre	Bei Kindern erfolgt der Versand des Fragebogens an die Eltern. Zusätzlicher Erinnerungsversand erhöht Rücklauf um etwa 20 %. Rücklauf: Erwachsene: 61 % Geburt: 71 %

Resultate Erwachsene stationär 2007

Zufriedenheitsbereich	Wert [%]	Bemerkungen
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 %	
Insgesamte Beurteilung der im Spital erhaltenen Betreuung	97.3 %	

Resultate Geburt 2007		
Zufriedenheitsbereich	Wert [%]	Bemerkungen
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 %	
Insgesamte Beurteilung der im Spital erhaltenen Betreuung	94.8 %	

Kommentar
<p>Die Patientenzufriedenheit im Kantonsspital Graubünden ist sehr hoch. Auch in einem zusätzlich in Auftrag gegebenen Vergleich mit Spitälern derselben Versorgungsstufe 2 zeigte sich, dass das Kantonsspital Graubünden in fast allen Bereichen unterhalb 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. Ab 2007 wurde dazu eine interne zentrale Reklamationsstelle mit der neu geschaffenen Stelle einer Juristin für Haftpflichtfragen eingerichtet. Daneben werden die stationären Patienten mittels eines Patientenfragebogens über ihre Erfahrung mit dem Kantonsspital Graubünden befragt. Somit erhalten wir einen permanenten „Gradmesser“ für die Zufriedenheit. Das Feedback wird direkt an die Departemente geleitet (Achtung: Angeführte mögliche kritische Zwischenfälle werden unverzüglich mit Priorität 1 behandelt!). Eine Befragung der ambulanten Patienten erfolgt in 2009.</p> <p>Patienten können selbstverständlich jederzeit ein Feedback an das Spitalpersonal, an das Qualitätsmanagement oder an die Direktion richten.</p>

5.2.2 Mitarbeiterbefragung 2008

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Mecon measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Mecon Mitarbeiterfragebogen	Postalischer Versand eines Fragebogens mit Fragen zum Ankreuzen an alle Mitarbeitenden mit Betriebszugehörigkeit > 6 Monate (Paper&Pencil)	2008	Alle drei bis vier Jahre	2008 erstmals gesamthausweit durchgeführt (2006 Fusion der drei Standorte*). Zusätzlicher Erinnerungsversand erhöht Rücklauf um etwa 20%.

*Das Kantonsspital Graubünden ist am 07.02.2006 aus der Fusion Rätisches Kantonsspital Chur, der Stiftung Kreuzspital Chur sowie durch Vermögensübertragung des Kantonalen Frauenspitals Fontana als Stiftung hervorgegangen.

Resultate Mitarbeiter 2008		
Bereich	Wert [%]*	Bemerkungen
Ärzte	32.5	* UZI; Unzufriedenheitsindex, entspricht einer Skala von 0 - 100 (100 % max. Unzufriedenheit), der Index wird anhand von Punktevergaben der 5 Antwortmöglichkeiten (0, 25, 50, 75 und 100 Pkt.; Bestantwort = 0 Pkt.) der Fragen ermittelt. Somit kann über verschiedene Auswertungsebenen der durchschnittliche UZI ermittelt werden, der in der grafischen Darstellung für das Benchmarking zu einem übersichtlichen Vergleichswert wird. UZI Mittelwert der 12 Vergleichsspitäler der Versorgungsstufe 2: 37.4 %
Pflege	38.5	UZI Mittelwert Vergleichsspitäler: 39.7 %
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	35.0	UZI Mittelwert Vergleichsspitäler: 35.1 %
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	34.8	UZI Mittelwert Vergleichsspitäler: 35.6 %
Gesamtinstitution	37.2	UZI Mittelwert Vergleichsspitäler: 38.4 %
Kommentar		
<p>Das Kantonsspital Graubünden verzeichnete bei der ersten hausweiten Mitarbeiterumfrage nach Fusion einen erfreulichen sehr hohen Rücklauf von 74.8 % (!). Dies ist ein sehr positives Ergebnis. Es zeigt die „Compliance“ der Mitarbeitenden auf. Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden ist im Vergleich zu anderen Spitälern derselben Versorgungsstufe hoch.</p> <p>Ab 2009 werden intern qualitätsverbessernde Massnahmen aus der Mitarbeiterumfrage umgesetzt. Dem Strategieziel zufriedene Mitarbeitende des Kantonsspitals Graubünden wird auch wie folgt Rechnung getragen: Die Geschäftsleitung verabschiedete zudem den Qualitätsstandard „Mitarbeitende Menschen und Spital“ zur weiteren Bearbeitung bzw. Verfeinerung im Rahmen der angestrebten Zertifizierung durch die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sanaCERT.</p>		

5.2.3 Messung Zuweiserzufriedenheit 2006

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
NPO Plus	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Zufriedenheitsmessung von zuweisenden Ärztinnen und Ärzten	Postalischer Versand eines Fragebogens mit Fragen zum Ankreuzen an zuweisende Ärztinnen und Ärzte (Paper&Pencil)	2006	Alle drei bis vier Jahre	Kein Erinnerungsversand. Rücklauf von 39 %

Resultate Zuweiser 2006: Hauptstandort KSH

Bereich	Wert [%]	Bemerkungen: Zufriedenheitsgrad: 100 = vollste Zufriedenheit
Ärzte	84.1 %	Gestellte Frage: „Wie beurteilen Sie die Kommunikation mit Kaderärzten?“
Pflege	76 %	Gestellte Frage: „Wie beurteilen Sie den Pflegedienst?“
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	-	-
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	-	-
Medizinisches Leistungsspektrum	84 %	Gestellte Frage: „Wie beurteilen Sie das medizinische Leistungsspektrum?“
Arztsekretariate	86 %	Gestellte Frage: „Wie beurteilen Sie die Arztsekretariate bezüglich Service und Freundlichkeit?“
Qualität der Leistungserbringung	79.7 %	Gestellte Frage: „Wie beurteilen Sie die Qualität der Leistungserbringung?“
Hospitalisierungsdauer	88.4 %	Gestellte Frage: „Wie beurteilen Sie die Hospitalisierungsdauer im Allgemeinen?“
Berichterstattung	76.2 %	Gestellte Frage: „Wie beurteilen Sie die Berichte des Spitals (OP-Bericht, Austrittsbericht etc.) inhaltlich?“
Gesamtinstitution	77.8 %	Gesamtzufriedenheit
Kommentar		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte):

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 7 Tagen mit gleicher Hauptdiagnose oder Komplikation

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen
16'337	323	1.98 %	KSGR	* Inkl. WA und WB (WA = Wiedereintritt mit gleicher Diagnose innert 24 Stunden. Gilt beim BfS als 1 Fall. WB = Wiedereintritt mit gleicher Diagnose ab dem 2. bis zum 7. Tag, gilt beim BfS als 2 Fälle).

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO / IVQ

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich 2009 am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Gallenblase		
<input type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/>	Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/>	Operation am Dickdarm		
<input checked="" type="checkbox"/>	Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/>	Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/>	Kniegelenksprothesen		

Kommentar

Die postoperativen Wundinfekte werden in vielen Schweizer Spitälern 2009 gemäss SwissNOSO gemessen.

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
KSGR	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	"Wundinfektstatistik" (Erfassung sämtlicher postoperativer Wundinfekte des Dep. Chirurgie)	Permanente Messung seit vielen Jahren	laufend	

Resultate

Die Daten 2008 sind vollständig erfasst und validiert. Die definitive Auswertung (Statistik) liegt im 2. Quartal vor.

Zur Information wird die Gesamtzahl der postoperativen Wundinfekte gesamthaft über alle Kliniken ausgewiesen. Von Total 8'126 operierten Patientinnen und Patienten wiesen lediglich 57 Wundinfekte auf. Das entspricht einer geringen Infektionsrate von 0.7 %.

Kommentar

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:	
<p>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.</p> <p>Audits: 2008 wurde ein Audit im Operationsbereich an allen drei Standorten durchgeführt.</p> <p>Nadelstich-Verletzungen: Fortlaufende Erfassung der Nadelstich-Verletzungen, jährliche Auswertung und Einleiten von Massnahmen je nach Ergebnis. Wird durch den Personalarzt durchgeführt.</p> <p>Bakteriologische Kontrolle Dialyse: Diese Kontrolle erfolgt an den Dialysegeräten und an der Ringleitung. Die Kontrolle wird in Abständen von sechs Wochen durchgeführt.</p> <p>Endoskope: Mindestens jährliche Überprüfung pro Endoskop auf Keimfreiheit (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.</p> <p>Reinigungstextilien: Mikrobiologische Kontrolle der Reinigungstextilien, welche zur Reinigung und Desinfektion von Flächen benutzt werden.</p> <p>Gehbad: Mikrobiologische Kontrolle des Beckenwassers alle sechs Wochen. Tägliche Messung des pH-Wertes und des Ozons.</p> <p>IMA-Messung: Luftkeim-Messungen im OP-Bereich.</p> <p>Einführung neuer Mitarbeiter: Schulung der Händehygiene und Isolationsmassnahmen.</p> <p>Schulungen und Lehrgespräche vor Ort bei Bedarf (z. B. auf den Bettenstationen).</p>	

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen
	Begriffsdefinition „Komplikation“

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
ASF	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Externe Morbiditätsanalyse und Jahresstatistik	laufend seit 1994	laufend	Im Departement Gynäkologie und Geburtshilfe gemäss Methode der Statistik der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF-Statistik)
LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	LENZ Kennzahlen	2008	laufend	
-	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	CIRS Critical Incident Reporting System (freiwilliges Meldesystem für kritische Zwischenfälle)	laufend	laufend	Es wird ein Protokoll im Sinne von Pendenzen-/ Massnahmenliste erstellt. Hauptaugenmerk wird vor allem auch auf Schnittstellenereignisse gelegt. Das CIRS wird im Rahmen der angestrebten sanaCERT Zertifizierung behandelt (Qualitätsstandard Umgang mit kritischen Zwischenfällen).

Resultate

Ergebnisse zu den einzelnen Messungen bzw. Sitzungsgefässe (Protokolle, Massnahmenlisten) sind auf den jeweiligen Departementen ersichtlich. Für nähere Informationen kann gerne das Qualitätsmanagement kontaktiert werden (Kontaktangaben: siehe Seite 4).

Kommentar

Im Departement Chirurgie finden alle zwei Monate die **Komplikationenkonferenz** statt. Die Veranstaltung ist berufsübergreifend und fachübergreifend. Es werden Komplikationen in den verschiedenen Disziplinen besprochen (Allgemeine Chirurgie, HNO, Urologie, Neurochirurgie, Orthopädie). Verbesserungsmassnahmen werden umgesetzt. Die Komplikationenkonferenz wird im Rahmen der angestrebten sanaCERT Zertifizierung behandelt (Qualitätsstandard Chirurgie). Es wurde zudem beschlossen, die Einführung der **Clavien-Klassifikation zur Komplikationserfassung** für alle Fachbereiche ins Auge zu fassen.

Das Departement Gynäkologie und Geburtshilfe führt seit 1994 eine **Critical Incident- und Komplikationensammlung** mit Erfassung, Analyse und Problemlösungen von kritischen Zwischenfällen und Komplikationen durch. CIRS wird im Rahmen der angestrebten sanaCERT Zertifizierung behandelt (Qualitätsstandard Umgang mit kritischen Zwischenfällen).

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	Siehe Punkt Präventionsmassnahmen zu Infektionen.

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „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 (<i>Aus: Sturzprävention. Konzept für das Departement Medizin und Chirurgie Kantonsspital, 1. Juni 2005</i>).

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
KSGR	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Interne Sturzrisikoeinschätzung mittels zu beurteilenden Kriterien sowie Erfassung von Stürzen mittels Protokoll.	laufend	laufend	Bei jedem Patienten wird beim Spitaleintritt das Sturzrisiko mittels Kriterienliste eingeschätzt und entsprechende präventive Massnahmen eingeleitet. Die Resultate der Sturzerfassung werden gezielt anhand eines Sturzes bewertet und Massnahmen ergriffen.

Resultate

Departement Medizin, Standort Kreuzspital: 91 Stürze bei 80 Personen, Langzeitpflege: 30 Stürze bei 25 Personen (1.1.2008-31.12.2008).

Kommentar

Bei jedem Patienten wird ein Sturzeinschätzungsformular ausgefüllt und vorbeugende Massnahmen eingeleitet. 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.

Es werden die Empfehlungen der Stiftung für Patientensicherheit zur Sturzprävention umgesetzt (siehe unter „Präventionsmassnahmen“).

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Das Kantonsspital Graubünden wendet ein internes Sturzkonzzept zur Vermeidung bzw. Prophylaxe von Stürzen an. Stürze sind meist keine zufälligen, unvorhergesehenen Ereignisse oder unvermeidbare Begleiterscheinungen des Alters. Sie ergeben sich aus einer Verkettung von Vorkommnissen und der Häufung mehrerer innerer und äusserer Faktoren. Die meisten Stürze können durch eine gezielte Sturzrisikoeinschätzung und geeignete präventiven Massnahmen vermieden werden. Im Sturzkonzzept werden die Sturzgefahren erkannt, die Sturzfolgen aufgezeigt und das Sturzrisiko eingeschätzt. Ein Massnahmenkatalog bei Sturzrisiko rundet das Bild ab. Es findet eine Dokumentation durch Sturzeinschätzungsformular und Sturzerfassungsprotokoll statt.

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
KSGR	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Internes Dekubitus-Erfassungsprotokoll	Laufend seit 2004	laufend	Das KSGR führt intern auf der Langzeitabteilung eine Dekubitus-erfassung durch.

Resultate

Departement Langzeitpflege: Drei Dekubiti bei zwei Personen (1.1.2008-31.12.2008).

Kommentar

Eine flächendeckende Erfassung und Analyse der Dekubiti ist Qualitätsziel der Pflegekaderkonferenz.

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Für Patienten mit einem hohen Dekubitusrisiko werden spezielle Auflagen, Matrasen der Firma KCI gemietet.

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Lenz Beratungen und Dienstleistungen AG	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erfassung, Analyse und Umsetzung von Massnahmen zu Outcome Routinedaten, inklusive Qualitätsindikatoren	2008	jährlich	Diskussion und Umsetzung eines Massnahmenplans bei Auffälligkeiten in den Daten
Schulthess-Klinik	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	OrthoScore (Orthopädie)	in Bearbeitung	in Bearbeitung	Für Hüft-, Knie- und Schulterendoprothese. Geplant für 2009. Zusammenarbeit Schulthess-Klinik und Helsana.
Qualitätsmanagement KSGR	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Erhebung bzw. Support von Q-Indikatoren in einzelnen Projekten mit statistischer Relevanz	laufend	laufend	Evaluation von Projekten wie Ängste und Talisman, Fachhierarchie oder Ähnliches

Resultate

Ergebnisse zu den einzelnen Messungen sind in den jeweiligen Departementen ersichtlich. Für nähere Informationen kann gerne das Qualitätsmanagement kontaktiert werden.

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zerti- fizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezerti- fizierung	Bemerkungen
Institut für Spitalpharmazie	ISO 9001:2000 GMP – PIC	2006 2009	2008 2004	Das Institut für Spitalpharmazie (ISP) ist als erste Abteilung des KSGR nach ISO zertifiziert. Zusätzlich gehört das ISP seit 2007 zu den offiziellen Weiterbildungsstätten der Spitalpharmazie FPH. Gleichzeitig wird das ISP im 2009 durch die regionale Fachstelle Zentral- und Ostschweiz nach GMP und PIC auditiert zum Zweck die kantonale Herstellungsbewilligung und die Swissmedic Gross-Handelsbewilligung zu verlängern.
rettung chur	IVR Anerkennung	2002	2007	Erster Rettungsdienst der Schweiz, welcher die Re-Zertifizierung ohne Auflagen geschafft hat.
Pathologie	IARC International Agency for Research on Cancer	2007	-	Krebsregister; Anerkennung mit Qualitätslabel A.
Medizinisches Labor	QUALAB			QUALAB als gesetzliche Anforderung.
Kantonsspital Graubünden	sanaCERT	Ziel: 2011	-	In Bearbeitung; In 2007 ausgewählte Qualitätsstandards neben dem obligatorischen Grundstandard Qualitätsmanagement sind Infektionsprävention und Spitalhygiene, Erhebung von Patientenurteilen, Chirurgie, Pflege, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Mitarbeitende Menschen und Spital, Ernährung.
Kantonsspital Graubünden	Migrant Friendly Hospital	-	-	Wird ohne Zertifizierung angewandt.

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Fünf Kliniken	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).	sanaCERT Projektvereinbarung von Geschäftsleitung verabschiedet; Vorstudie in Bearbeitung.
Kantonsspital Graubünden	Konzept Krisenmanagement bei kritischen Ereignissen mit Patientenschaden. Bestandesaufnahme und Konzept Krisenmanagement Organisation für Grossereignisse und Katastrophen (OGK) 2006.		Neues Konzept " <i>Krisenmanagement bei schweren Ereignissen und Patientenschaden und Umgang mit extrem belastenden Situationen bei Personal und Patienten</i> " wurde im Juni 2008 von der Geschäftsleitung verabschiedet. Bildung eines internen Care Teams, Angebot von diversen internen Fortbildungen.
Kantonsspital Graubünden	Teilnahme an diversen wissenschaftlich-medizinischen Forschungsstudien und anderen Forschungsstudien, z. B. an Studie der ETH Zürich und Hochschule Luzern "Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern".	Neuer Erkenntnisgewinn zur Umsetzung von qualitätsverbessernden Massnahmen.	Ergebnisse Studie Klinisches Risiko-Management in Schweizer Spitälern vorliegend. Medizinische Forschungsstudien in Bearbeitung.
Kantonsspital Graubünden	Konfliktmanagement	Wirkungsvoller Umgang mit Konflikten mit Lern- bzw. Entwicklungspotenzial für alle Beteiligten.	2007: Konzept Konfliktmanagement mit Gremium Konfliktmanagement mit Mitarbeiterschulungen. Ab 2008 laufend Mitarbeiterschulungen.
Kantonsspital Graubünden	Schmerzkonzept für Patienten	Prävention von Schmerzen und medizinische Bekämpfung bei Schmerzen	Erfassung, Einschätzung, Dokumentation und Feedback zu Schmerzen mittels Schmerzerfassungsbogen
Kantonsspital Graubünden	Mitglied H+ Branchenlösung zur Arbeitssicherheit	Erhöhung der Arbeitssicherheit	2004: Gründung der Kommission für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (ASGS). 2003: Schaffung einer Stelle Sicherheitsbeauftragter. 2006: Erarbeitung Leitbild. Ab 01.01.08: Schaffung der Stelle eines Arbeitsmediziners. Teilnahme an den jährlichen Kampagnen H+. (z. B. 2007 "Arbeit und Bewegung"). Interne Sicherheitsaudits.
Kantonsspital Graubünden	Absenzenmanagement bei Krankheit	Eruiieren von eventuell betriebsinternen Gründen bei längerer Abwesenheit, Bieten von Verbesserungsmöglichkeiten.	Rückkehrformular bei Absenzen > 6 aufeinander folgenden Tagen (z. B. Abfrage von Belastungen im Arbeitsumfeld mit Verbesserungsvorschlägen). Ist-Analyse Gefahrenermittlung für alle Bereiche mittels Checkliste zur Gefahrenermittlung von H+. Diesbezügliche Einführungsschulungen für Kader.

Departement Pflege und Fachsupport	Konzept Qualitätsentwicklung im Pflegedienst	Definition und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Steuerung der Entwicklung und Überprüfung von Pflege-richtlinien, Pflegestandards und Pflege-Qualitäts-indikatoren	2008: Genehmigung des Konzepts durch die Pflegekaderkonferenz. Bildung eines ständigen Ausschusses der PKK, welcher sich mit der Pflegequalität befasst und die Umsetzung des Konzepts sicherstellt. 2009: Personalinfo über Konzept und Vorgehen bei Entwicklung von Pflegestandards. Durchführen einer Bedarfserhebung für Themen für Pflegestandards. Erarbeitung von 2 neuen Pflegestandards.
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 und diskutiert. Massnahmen werden definiert und umgesetzt.
Departement Kinder- und Jugendmedizin	Kontinuierliche Neugeborenen-intensivmedizinische Qualitätserhebung (neonatal Dataset)	Qualitätskontrolle und Outcomemessung der Neugeborenenintensivpflege	
Departement Kinder- und Jugendmedizin	Kinderintensivmedizinische Qualitätsdatenerfassung der schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (MDSi)	Kontinuierliche Überprüfung der Qualitätsdaten im Bereich der Kinderintensivmedizin	
Departement Institute, medizinisches Labor	Interne analytische Qualitätskontrollen (Ringversuche)	Sicherstellung der Qualität bzw. Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen aus Ergebnissen	Beinhaltet eine fortlaufende, d. h. viermal jährlich stattfindende externe Qualitätskontrolle, so genannte Ringversuche. Ringversuche werden von extern an KSGR zugesandt
Departement Pflege und Fachsupport	Interne Audits bei Room-Service	Sicherstellung und Verbesserung der Dienstleistungsqualität	Während des Jahres werden 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.
Departement Chirurgie	Swiss Vasc Registry	Datenerhebung bei allen Patienten mit Gefässeingriffen	Datenerhebung und jährliche, klinikspezifische Auswertungen erfolgen seit 2004
Departement Chirurgie	Patientenerfassungsbogen Visceral- und Thoraxchirurgie	Datenerhebung bei allen Patienten mit Abdominaleingriffen, Eingriffen an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse und Thoraxeingriffen	
Departement Chirurgie	Teilnahme am Schweizer Implantate-Register (Hüft-/Knie-TP) siris	Eintrag in die Zentrale Datenbank siris	Information und Vergleichsmöglichkeit des Eingriffs bei Operation, in einem Follow-up (d.h. nach Entlassung) und bei Revision
Departement Services, Informatik	Audit / Revisionen		2005 Security Audit, 2006/07 IT Revision. 2009 Audit (Themenschwerpunkt noch offen).
Departement Services, Finanzen	Internes Kontrollsystem (IKS)	Optimale Risikobeurteilung im Finanzsektor	Zusätzlich zu den jährlich stattfindenden ordentlichen Revisionen der Finanz- und Nebenbuchhaltung werden jährlich Sonderrevisionen durchgeführt: 2006 Kreditorenbuchhaltung und Einkauf.

			2007 Arzthonorarabrechnung und Anlagebuchhaltung. Ab 1. Januar 2008 Aufbau eines internen Kontrollsystems KIS mit Schwerpunkt Risikobeurteilung (gesetzlich verankert).
Kommentare			
Die Aktivitäten sind eingebunden in die Strategie des Kantonsspitals Graubünden. Jedes Projekt beinhaltet als übergeordnetes Ziel ein strategisches Ziel.			

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

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

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtspital	sanaCERT Erlangung sanaCERT Zertifizierung für das KSGR	Empfehlung der acht Standards (obligatorischer Qualitätsstandard, sieben sanaCERT Standards) sowie die dazugehörigen, Projektvereinbarungen sind Ende 2008 von der GL verabschiedet.	21.11.2007 - 2011
Gesamtspital	Messung Mitarbeiterzufriedenheit "MIZU"	Die Umfrage wurde im September 08 durchgeführt und ausgewertet, erste Verbesserungsmassnahmen werden ab der ersten Jahreshälfte 09 initiiert.	01.01.2008 - 31.12.2011
Gesamtspital	Picker Umfrage	Definition und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen aus den aktuellen Umfragen Erwachsene stationär 2007, Geburt 2007 und Pädiatrie 2006.	04.02.2008 (Eintreffen Picker- Bericht) - 2011
Departement Kinder- und Jugendmedizin	"Ängste & Talisman"	Erste Massnahme aus der Analyse der Picker Umfrage. Einsatz von "Glücksbringern" (Talisman) und Belohnungen (Tapferkeitsurkunde) in der Angstbewältigung bei Behandlungen und/oder Eingriffen von ambulanten und stationären pädiatrischen Patienten im Alter von drei bis 18 Jahren (Kinderstation D03, Notfall/Ambulatorium/Tagesklinik, Kinderintensivstation).	01.10.2008 - 31.03.2009
Qualitätsmanagement	Umfragekonzept Basis für Umfragen	Anpassung des Umfragekonzepts mit Regelung der Befragungswellen.	01.01. - 31.12.2009
Kommentare			

8 Schlusswort und Ausblick

Qualität ist Wandel und Wachstum. Qualitätsentwicklung steht im Kantonsspital Graubünden an zentraler Stelle. Nicht nur **Kosten-Nutzen Optimierungen** dürfen dabei im Vordergrund stehen. Vielmehr gilt es, unsere **Patienten qualitativ hochstehend** zu versorgen, im organisatorischen und wissenschaftlichen Bereich up-to-date sein und unseren Mitarbeitern und zukünftigen Mitarbeitenden eine attraktive Arbeitgeberin zu sein.

Die vielfältig beschriebenen Qualitätsaktivitäten bedeuten für die Mitarbeitenden im Kantonsspitals Graubünden auf allen Stufen immer wieder grosse Herausforderungen. Ganz nach dem Credo: **Bei uns sind Sie in den besten Händen** versuchen wir diesen Herausforderungen gerecht zu werden.

9 Individuelle Anhänge

9.1 *Strategische Ziele des Kantonsspitals Graubünden*

9.2 *Ziele der Qualitätskonferenz 2008*

9.3 *Ziele der Qualitätskonferenz 2009*

Strategische Ziele KSGR per Juni 2008

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.

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 Effizientes Projektmanagement

Wir orientieren uns bei der Bestimmung des Projekt-Portfolios an den strategischen Prioritäten und bewirtschaften die verfügbaren Ressourcen für Projekte realistisch. Unser Projektmanagement verbessern wir durch Schulung und Standardisierung.

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 Gesamspitals 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 2008 der Qualitätskonferenz

1. sanaCERT Zertifizierung

- 1.1 Erstes Kick-off ist durchgeführt; Qualitätsstandards sind ausgewählt und von GL verabschiedet; erste Projektvereinbarungen sind von GL verabschiedet
 - 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. Bei zwei bis drei der acht sanaCERT Projekte sind Kick-offs durchgeführt (hoch ambitiös)

2. Picker Patientenumfrage

- 2.1 Präsentationen der Ergebnisse sind durchgeführt
- 2.2 Picker Zusatzanalyse liegt vor
- 2.3 Massnahmen von GL verabschiedet; erste qualitätsverbessernde Massnahmen werden initiiert

3. Mitarbeiterumfrage 2008 KSGR

- 3.1 Messung ist durchgeführt
- 3.2 Ergebnisse sind präsentiert

4. Umfragekonzept

- 4.1 Graphische Bestandesaufnahme ist vervollständigt

5. H+ qualité 2007

- 5.1 Der H+ qualité 2007 ist erstellt; von der Q- Konferenz, GL und VR verabschiedet und veröffentlicht

6. Lenz Workshop 2008

- 6.1 Der Lenz Workshop ist organisiert und im November 2008 durchgeführt
- 6.2 Allfällige Massnahmen sind definiert

Kommentar:

In der Zielüberprüfung zeigte sich, dass bis auf eine zeitliche Verzögerung der sanaCERT Zertifizierung (Ziel 1) alle Projekte erfolgreich planmässig umgesetzt werden konnten. Die zeitliche Verzögerung kam aufgrund der Einführung eines neuen Projektmanagements im Kantonsspital Graubünden zustande.

**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

- 1.2 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
- 1.3 Konzeptionsphase ist in allen acht Projekten abgeschlossen
1.4 Mitarbeiterinformationsveranstaltung ist durchgeführt
1.5 Projektvereinbarungen für die Umsetzungsphase liegen vor

2. Picker Patientenumfragen

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

3. Mitarbeiterumfrage 2008 KSGR

- 3.3 Zwei Mitarbeiterveranstaltungen zu den Ergebnissen sind durchgeführt (Mecon)
3.4 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 (eventuell Testlauf) liegt 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).

Von der Qualitätskonferenz verabschiedet am 17.02.2009 / 18.08.2009