



KANTONSSPITAL GRAUBÜNDEN

# Qualitätsbericht 2021

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2021.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2021

Herr  
Christian Köhler  
Leiter Qualitäts- und Risikomanagement  
081 256 71 92  
[christian.koehler@ksgr.ch](mailto:christian.koehler@ksgr.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitatsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santsuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitatsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erlauerungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	12
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>13</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	13
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	13
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	24
4.5 Registerübersicht .....	25
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	29
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>32</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>33</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>33</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	33
5.2 Eigene Befragung .....	35
5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) .....	35
5.3 Beschwerdemanagement .....	35
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>36</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	36
6.2 Eigene Befragung .....	37
6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin .....	37
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>38</b>
7.1 Eigene Befragung .....	38
7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage .....	38
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>39</b>
8.1 Eigene Befragung .....	39
8.1.1 Zuweiserumfrage .....	39
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>40</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>40</b>
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	40
<b>10 Operationen</b> .....	<b>41</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	41
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>42</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	42
<b>12 Stürze</b> .....	<b>43</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	43
12.2 Eigene Messung .....	44
12.2.1 Monatliche Auswertung über KIS-System .....	44
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>45</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	45
13.2 Eigene Messungen .....	46
13.2.1 Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen mit Auswertung durch Leitung Pflegeentwicklung .....	46

<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>47</b>
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	47
14.1.1	Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten .....	47
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>48</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	48
17.1.1	Qualitätsmessungen in Fachbereichen.....	48
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>49</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	49
18.1.1	SanaCERT Re-Zertifizierung .....	49
18.1.2	Integrales Risikomanagement.....	50
18.1.3	Patienten-Identifikation.....	50
18.1.4	Revision Umfragekonzept.....	50
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021 .....	51
18.2.1	Q-Aktivitäten.....	51
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	51
18.3.1	Zertifizierungen im Überblick.....	51
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>52</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>53</b>
Akutsomatik .....		53
<b>Anhang 2</b> .....		<b>56</b>
<b>Herausgeber</b> .....		<b>57</b>

## 1 Einleitung

Das KSGR als Zentrumsspital der Südostschweiz bietet mit seinen drei Standorten ein vielseitiges medizinisches, chirurgisches, gynäkologisches, pädiatrisches und geriatrisches Angebot und setzt auf eine standortnahe und hochstehende medizinische Versorgung. Die verschiedenen Fachdisziplinen stellen eine grosse Bandbreite an Behandlungsformen eines modernen Zentrumsspitals bereit. Rund 2'900 engagierte und kompetente Mitarbeitende in zehn verschiedenen Departementen machen diese umfangreiche Versorgung möglich. Unser wichtigstes Ziel ist es, den Aufenthalt, die Pflege und die medizinische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auf einem hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten und kontinuierlich sowie nachhaltig zu verbessern.

Die Abteilung Qualitäts- und Risikomanagement stellt mit den laufenden Analysen und Berichten die Grundlage für eine fortdauernde Umsetzung aller Potenziale auf Basis der Wünsche und Vorschläge der einzelnen Bereiche sowie den Patientinnen und Patienten. Von der SanaCERT Suisse geprüft, bietet das KSGR täglich die Standards, welche alle 3 Jahre geprüft und jährlich überwacht werden.

Um sich laufend weiter zu verbessern, nimmt das Kantonsspital Graubünden jede Rückmeldung der verschiedenen Stakeholder ernst, leitet sie an die zuständige Stelle weiter und ergreift Massnahmen. Trotz andauernden Herausforderungen der Pandemiebewältigung im 2021 wurden die Arbeiten in Arbeits- und Standardgruppen zu verschiedenen Qualitätsthemen fortgesetzt und wichtige Fortschritte konnten erzielt werden. Zudem wurde im Rahmen des Überwachungsaudits 2021 festgestellt, dass die Voraussetzungen für das Aufrechterhalten der SanaCERT Zertifizierung weiterhin gegeben sind und dass die Standardgruppen wertvolle Meilensteine in zentralen Qualitätsaktivitäten erreichen konnten.

Um eine optimale, qualitativ hochstehende Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu erreichen, braucht es Transparenz und Akzeptanz der Messresultate, Bereitschaft und Wille zur Realisierung des gefundenen Verbesserungspotentials sowie den unermüdlichen Einsatz aller Mitarbeitenden im Spital sich nachhaltig zu verbessern. Das grosse Vertrauen, welches unsere Patientinnen und Patienten uns entgegenbringen, wird – wie dem diesjährigen Bericht ersichtlich – auch im 2021 wiederum in der sehr hohen Patientenzufriedenheit festgehalten.

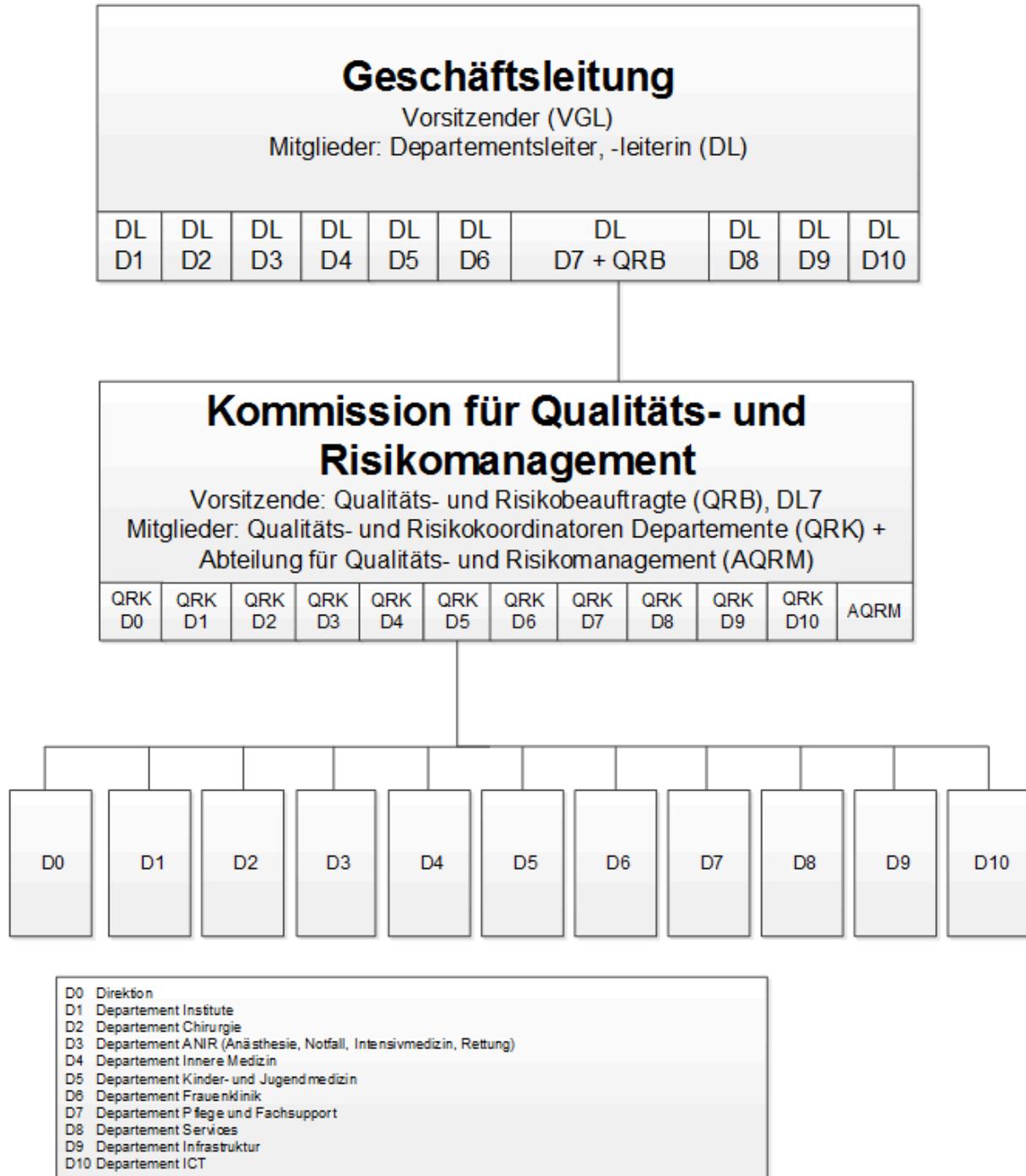
Freundliche Grüsse  
Hugo Keune  
Vorsitzender der Geschäftsleitung

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



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

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

Die Organisation des Qualitäts- und Risikomanagements geschieht einerseits Top-down (Die Qualitäts- und Risikobeauftragte ist Mitglied der Geschäftsleitung) und andererseits Bottom-up (Jedes

Departement entsendet eine/n Vertreter/-in in das ständige Fachgremium Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement). Die Kapazität der Vertreter/-innen pro Departement ist in der Grössenordnung von mindestens 10 % oder je nach Definition des Departements festgelegt.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

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

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Christian Köhler  
Leiter Qualitäts- und Risikomanagement  
+41 81 256 71 92  
[christian.koehler@ksgr.ch](mailto:christian.koehler@ksgr.ch)

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

### 3 Qualitätsstrategie

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

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

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

Die Patienten- und Mitarbeitendensicherheit steht an oberster Stelle unseres täglichen Handelns und hat eine grosse strategische Bedeutung. Durch die Implementation eines integrierten Risikomanagements setzen wir eine prospektive und präventive Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung systematisch in der gesamten Organisation um. Mit einem integrierten Risikomanagement gewährleisten wir die systematische Umsetzung von höchsten Qualitätsstandards auf allen Ebenen unserer Organisation.

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

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

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

Die Qualitäts- und Risikoziele der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement 2021 sind im Anhang hinterlegt.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

#### **SanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital: Erfolgreiches Überwachungsaudit 2021**

Nach erfolgreicher Re-Zertifizierung durch SanaCERT Suisse im Jahr 2020 fand das obligatorische Überwachungsaudit 2021 nach SanaCERT Suisse statt. Die Fokusstandards Qualitätsmanagement, Patienteninformation, Sichere Medikation und Feedbackmanagement wurden mittels Interviewgesprächen und Dokumenten auditiert. Der SanaCERT Standard Feedbackmanagement wurde neu ins Standardset des Kantonsspitals Graubünden aufgenommen und wird bis zur Re-Zertifizierung 2023 realisiert. Der Auditor stellte in seiner Schlussbesprechung fest, dass das Qualitätsmanagement des KSGR die Voraussetzungen für den Erhalt der Zertifizierung weiterhin erfüllt und dass innerhalb der SanaCERT Standardgruppen wichtige Fortschritte erzielt und die Standards fortlaufend weiterentwickelt werden.

Die nächste Re-Zertifizierung findet im 2023 statt. Gemäss Reglement über die Zertifizierung von SanaCERT Suisse müssen nach erfolgreicher Zertifizierung bis zur nächsten Re-Zertifizierung jährliche Überwachungsaudits erfolgen. Das nächste Überwachungsaudit ist für den 15. November 2022 geplant.

#### **Zuweiserumfrage**

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Für die strategisch wichtige Anspruchsgruppe Zuweisende (Behandlungspartnerinnen und Behandlungspartner) war dies im Jahr 2020 der Fall. Der diesbezügliche Schlussbericht zur Zuweiserumfrage samt Dokumentation von Massnahmen wurde 2021 von der Geschäftsleitung genehmigt.

#### **Mitarbeiterumfrage 2021: Zufriedenheitswerte**

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen alle vier Jahre zu ihrer Zufriedenheit befragt. Nach 2017 stand im Berichtsjahr 2021 somit die vierte flächendeckende Mitarbeiterumfrage an. Durchgeführt wurde die schriftliche Umfrage in Zusammenarbeit mit einem externen Partner mittels eines standardisierten Fragebogens.

Die Gesamtergebnisse zeigen, dass sich das Kantonsspital Graubünden - im Vergleich mit 2017 - verbessert hat. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung werden die Ergebnisse detailliert analysiert sowie allfällige Massnahmen erstellt beziehungsweise umgesetzt. Die nächste hausweite Mitarbeiterumfrage ist gemäss Umfragekonzept für 2025 geplant.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

**Die Qualitäts- und Risikoziele 2021 (siehe Anhang) konnten im Berichtsjahr umgesetzt respektive erreicht werden.**

Die Qualitätsschwerpunkte lagen auf der erfolgreichen Absolvierung des Überwachungsaudits 2021 und auf der Durchführung der Mitarbeiterumfrage 2021. Für zusätzliche Informationen wird diesbezüglich auf das Kapitel 3.1 verwiesen. Weitere erreichte Qualitätsziele werden im Folgenden kurz beschrieben.

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

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

1. Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mittels SQLape
2. Patientenzufriedenheit (Zyklus zweijährig)
3. Prävalenzmessung Sturz mit dem Instrument LPZ (sistiert aufgrund Covid-19)
4. Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Instrument LPZ (sistiert aufgrund Covid-19)
5. Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO
6. Registrierung im siris-Knie- und Hüftimplantatregister

Die Messungen verlaufen routinemässig.

### **Umfragen**

Die im Umfragekonzept definierten Umfragen/Zyklen wurden im Berichtsjahr vollständig umgesetzt. Die Mitarbeiterumfrage wurden erstmalig mit dem neuen Anbieter durchgeführt und die Ergebnisse wurden präsentiert. Erste Massnahmen sind bereits ausgearbeitet worden. Ausserdem wurde der Schlussbericht zur Zuweiserumfrage 2020 samt Dokumentation von Massnahmen von der Geschäftsleitung im 2021 genehmigt.

### **Integrales Risikomanagement**

Das Risk-Assessment wurde hausweit durchgeführt und der Massnahmenplan 2021 wurde von der Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement erstellt. Der nächste Risikomanagementbericht wird im 2023 der Geschäftsleitung zur Vernehmlassung vorgelegt. In Zusammenhang mit einem Workshop zum Thema Risikomanagement wurden die bestehenden departementsinternen Prozesse und Vorlagen zum Risk-Assessment vereinheitlicht und revidiert.

### **Quality Dashboard**

Im Kennzahlensystem des Quality Dashboards (Q-Cockpit) als Steuerungsinstrument zeigten sich unauffällige Ergebnisse ohne Handlungsbedarf. Gemäss Controllingprozess ist der Geschäftsleitung grundsätzlich bei auffälligen Ergebnissen (rote Ampel) innerhalb eines halben Jahres ein Bericht mit Angabe von Massnahmen zu unterbreiten. Die Darstellung des Quality Dashboards wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe neu evaluiert und optimiert. Die neue Visualisierungsform kommt im nächsten Berichtszyklus 2022 zum Einsatz.

### **Interne Audits des Qualitätsmanagements**

Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement führt jährlich interne Audits im Sinne einer Selbstbewertung durch. 2021 fanden 15 interne Audits in den Standards Qualitätsmanagement, Patienteninformation, Sichere Medikation und Feedbackmanagement statt. Die Empfehlungen aus dem Gesamtauditbericht werden umgesetzt.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

Daneben spielt die prospektive, präventive und systematische Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung im Rahmen des Integralen Risikomanagements eine immer wichtigere Rolle. Das Integrale Risikomanagement ist über alle zehn Departemente verankert und verantwortliche Ansprechpersonen sind definiert.

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

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Qualitätskontrollen des Gesundheitsamtes Graubünden ab 2016

#### Bemerkungen

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Hausweite Mitarbeiterumfrage
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Monatliche Auswertung über KIS-System
<i>Dekubitus</i>
▪ Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen mit Auswertung durch Leitung Pflegeentwicklung
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Qualitätsmessungen in Fachbereichen

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

##### SanaCERT

<b>Ziel</b>	Re-Zertifizierung 2023
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011 andauernd
<b>Begründung</b>	Freiwillige hausweite Zertifizierung zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Erhöhung der Patientensicherheit

##### Durchführung der hausweiten Mitarbeiterumfrage 2021

<b>Ziel</b>	Grossumfrage bezüglich Mitarbeiterzufriedenheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2008 alle vier Jahre gemäss Umfragekonzept Kantonsspital Graubünden
<b>Begründung</b>	Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden. Weitere Ausführungen: Siehe Kapitel 7. Zufriedenheitsmessungen Mitarbeitende
<b>Methodik</b>	2021 mit icommit

##### Stationäre Patientenumfrage

<b>Ziel</b>	Dauermessung stationäre Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen inklusive ANQ-Fragen)
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Hausweit und automatisiert ab 01.01.2013
<b>Begründung</b>	Die Kennzahl ist im Quality Dashboard eingebunden.

##### Krebsregister

<b>Ziel</b>	International Agency for Research on Cancer IARC
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Pathologie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2008
<b>Begründung</b>	Das KSGR hat von den Kantonen Graubünden und Glarus einen Leistungsauftrag zur Führung des epidemiologischen Krebsregisters Graubünden-Glarus mit ärztlicher Leitung, Datenmanagement und Statistik erhalten. Die Datenlieferung an das Krebsregister tritt ab 01.01.2020 in Kraft.

## Qualitätsentwicklung im Pflegedienst

<b>Ziel</b>	Definition und Weiterentwicklung der Pflegequalität, Steuerung der Entwicklung & Überprüfung von Pflegestandards.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital / Steuerung: Departement Pflege & Fachsupport
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2019 laufend
<b>Methodik</b>	Evaluation / Weiterentwicklung u.a. mit Audits / Projekten

## Umfragetool EvaSYS

<b>Ziel</b>	Automatisierung aller hausinternen Umfragen (Patientenbefragung, Kursevaluationen)
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2009 im Einsatz

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

<b>Ziel</b>	„Rauchfreies Kantonsspital Graubünden“ - Schutz der Mitarbeitenden vor Passivrauchen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Zertifizierung Rauchstopp-Beratung ab 2016.
<b>Begründung</b>	Die Rauchstopp-Beratungsstelle des KSGR ist ein nationales Kompetenzzentrum.
<b>Methodik</b>	Wichtige Erkenntnisse aus der Mitarbeiterumfrage 2017 mit spezifischen Fragen erlangt (Zusatzanalysen).
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Als erstes Akutspital in der Schweiz ist das Kantonsspital Graubünden Gold Forum Member 2021 - 2024 und durch das Global Network for Tobacco free Healthcare Services (GNTH) Gold-zertifiziert.

## Prozessmanagement

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

## Digitalisierung der Fort- und Weiterbildungen (früher E-Learning)

<b>Ziel</b>	Digitalisierung der Fort- und Weiterbildung am KSGR; Integration der E-Learning Inhalte, sowie die Abbildung des gesamten Fort- und Weiterbildungsportfolios über ein Lernmanagementsystem (Successfactors/ SAP)
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Etappe 1 und 2 (Planung und Implementierung) per Dez. 2022 abgeschlossen; Etappe 3 (Ausrollen in Departemente) ab 2023

## Patientenverfügung

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

## Konzept Beschwerdemanagement

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

## CIRS Lernsystem

<b>Ziel</b>	Hausweite CIRS Umsetzung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2011
<b>Begründung</b>	Lernpotenzial und Erhöhung der Sicherheit durch gut funktionierendes CIRS-System mit Meldekreis-Organisation und Software samt anonymisierter Fallverfolgungsmöglichkeit und integrierter Massnahmendatenbank, Verbindung zum CIRNET. Nach erfolgreicher Re-Zertifizierung 2017 in die Linie übergegangen.

## Validierung durch externe Revisionsstelle; Price-WaterhouseCoopers (PwC)

<b>Ziel</b>	Validierung der medizinischen Kodierung durch eine externe Revisionsstelle nach Vorgaben BfS
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Fachstelle Medizinische Kodierung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2009

## Datenschutzkonzept

<b>Ziel</b>	Sichere Aufbewahrung und Vernichtung von vertraulichen Daten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Begründung</b>	Seit 01.01.2016 Leitlinie Datenschutz und Informationssicherheit sowie ICT-Sicherheitsbeauftragter. Bereichsleiter Rechtdienst ist interner Datenschutzbeauftragter.

## Kampagnen H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

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

## Integrales Risikomanagement

<b>Ziel</b>	Laufende Umsetzung eines Integralen Risikomanagements
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011 in Zusammenarbeit mit der Hochschule Wirtschaft Luzern
<b>Begründung</b>	Umsetzung Risikomanagement als letzter Baustein eines umfassenden QM-Systems.

## Progress! Sichere Chirurgie

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

## Qualitätszirkel

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

## Mitglied H+ Branchenlösung zur Arbeitssicherheit

<b>Ziel</b>	Erhöhung der Arbeitssicherheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2003

## Konfliktmanagement

<b>Ziel</b>	Wirkungsvoller Umgang mit Konflikten mit Lern- bzw. Entwicklungspotential für alle Beteiligten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2007
<b>Begründung</b>	Ab 2018: Extern durch die Firma Movis SG mit interner Schnittstelle HRM

## Sichere Patienten-Identifikation

<b>Ziel</b>	Die sichere Patientenidentifikation ist während des gesamten Behandlungsprozesses gewährleistet
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2015
<b>Begründung</b>	Zusätzlich Q-Richtlinie zur Sicherer Patienten-Identifikation, Interne Audits. Massnahmen laufend in Umsetzung.

## Interne Audits Room-Service

<b>Ziel</b>	Sicherstellung und Verbesserung der Dienstleistungsqualität im Servicebereich
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Departement Pflege & Fachsupport
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2011

## Audit / Revisionen

<b>Ziel</b>	Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Dienstleistungsqualität
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Departement Services
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2005

## Internes Kontrollsystem (IKS)

<b>Ziel</b>	Optimale Risikobeurteilung im Finanzsektor
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Departement Services
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2011
<b>Begründung</b>	Gesetzliche Verankerung und Bestreben nach hoher Qualität; Koppelung mit Integraletem Risikomanagement

## Schmerzkonzept für Patientinnen und Patienten

<b>Ziel</b>	Prävention von Schmerzen und medizinische Bekämpfungen bei Schmerzen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2018
<b>Begründung</b>	Das Thema wird im Rahmen der SanaCERT Re-Zertifizierung bearbeitet.

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

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

## IPS Qualitätsbericht

<b>Ziel</b>	Sicherstellung, Erhaltung und Förderung der Qualität bei allen IPS-Berufsgruppen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Departement ANIR
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	seit 1990

## H+ Controlling zum Absenzenmanagement bei Krankheit oder Unfall

<b>Ziel</b>	Eruieren von betriebsinternen Gründen bei längerer Abwesenheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2015 jährlich

## Akkreditierung Zentrallabor

<b>Ziel</b>	International akzeptierte Qualitätskriterien, extern überprüft.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Departement Institute, medizinisches Labor
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2019

## Einführung Zutrittskontrollsystem

<b>Ziel</b>	Kein Zutritt für unbefugte Personen in Gebäude des KSGR
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2010 laufend

## Public Internet

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

## Interne Audits QM

<b>Ziel</b>	Im Rahmen der SanaCERT Re-Zertifizierung und/oder auf Wunsch der Fachbereiche
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2010 laufend

### Pflege-Audits

<b>Ziel</b>	Überprüfung der evidenzbasierten Pflege
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2011 jährlich

### Transkulturelle Kompetenz

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Pflege von Patientinnen/-en fremder Herkunft, Verbesserung der Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2015 laufend

### Lean Management

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

### ANQ Messempfehlungen

<b>Ziel</b>	Durchführung aller ANQ Messempfehlungen mit Ableitung von Massnahmen, wo sinnvoll
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	hausweit
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2010 laufend

### Quality Dashboard

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

## Aggressionsmanagement

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

### Bemerkungen

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

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2013 ein CIRS eingeführt.

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

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

##### **Bemerkungen**

Dem Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS) misst das Kantonsspital Graubünden einen sehr hohen Stellenwert bei. Seit 2013 ist das CIRS hausweit standardisiert. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen der SanaCERT Erst-Zertifizierung in 2011 (mit Pilotphase). Im CIRS Konzept des Kantonsspitals Graubünden ist die grundlegende Definition eines kritischen Zwischenfalls enthalten: Ein kritischer Zwischenfall ist ein Ereignis, welches eine oder mehrere Personen gefährdet oder schädigt.

Die CIRS Organisation beinhaltet 28 Meldekreise mit definierten Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten pro Departement beziehungsweise Fachbereich. Die eingesetzte Software CIRS-Meldeportal wird laufend weiterentwickelt; im 2020 wurde eine ganzheitliche Cloudlösung realisiert. Seit 2013 ist mit der anonymisierten Fallverfolgung und der integrierten Massnahmendatenbank der PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen. Die Schnittstelle zum nationalen CIRNET ist aktiviert.

Das CIRS Meldeportal beinhaltet neben dem Ereignismonitoring auch die gesetzlichen Meldesysteme Hämovigilanz, Materiovigilanz und Pharmakovigilanz. Ferner wurde gemäss Konzept Aggressionsmanagement das Formular zur Aggressionserfassung implementiert.

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

Die für 2021 geplante hausinterne Fortbildungsveranstaltung durch CIRNET Stiftung Patientensicherheit Schweiz mit den Themen CIRS, Never Events und Fehlerkultur musste aufgrund der Covid-Pandemie auf Mai 2022 verschoben werden.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	2018
<b>Anatomische Resektionen Register</b> Register der Anatomischen Resektionen der schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	Adjumed Services AG, Zürich <a href="http://thoraxchirurgie.ch/">thoraxchirurgie.ch/</a>	1.1.2017
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	seit 2012
<b>AvS</b> AvS - Ambulant vor Stationär Erhebung	Chirurgie	ADJUMED Services AG <a href="https://adjumed.com/support/schnittstellen/familie-avs/aqc.ch/swissvasc.ch/">https://adjumed.com/support/schnittstellen/familie-avs/aqc.ch/swissvasc.ch/</a>	2020
<b>FIVNAT-CH</b> Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM <a href="http://www.fivnat-registry.ch/">www.fivnat-registry.ch/</a>	2013
<b>Infreporting</b> Melde-system meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	2004
<b>JIR Cohorte</b> JIR Cohorte	Ophthalmologie, Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie/Immunologie, Rheumatologie	Fondation Rhumatismes-Enfants-Suisse <a href="http://www.fondationres.org">www.fondationres.org</a>	2014
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz.	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	2000

Gesellschaft für Intensivmedizin SGI			
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG <a href="http://www.mibb.ch/">www.mibb.ch/</a>	2009
<b>Neonatal Registry</b> Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie <a href="http://www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13">www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13</a>	2007
<b>NICER</b> Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle Fachbereiche	NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>	2018
<b>SBCDB</b> Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	Neuerfassung seit 2017 (Ablösung SBCDB Datenbank, adjumed)
<b>SIBDCS</b> SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie <a href="http://ibdcohort.ch/">ibdcohort.ch/</a>	2012
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>	2011
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	2011
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2000
<b>SPSU</b> Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) <a href="http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/spsu.html">www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/spsu.html</a>	1995
<b>srrqap</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap <a href="http://www.swissnephrology.ch">www.swissnephrology.ch</a>	2013
<b>STR</b> Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.ch/">www.adjumed.ch/</a>	2014

<b>SwissNET</b> Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET <a href="http://swissnet.net/">swissnet.net/</a>	2011
<b>SWISSRECA</b> Swiss Registry of Cardiac Arrest	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Prävention und Gesundheitsw., Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin preklinische und klinische	Interverband für Rettungswesen IVR-IAS <a href="http://www.ivr-ias.ch">www.ivr-ias.ch</a>	2017
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>	2005

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
<b>KR GG</b> Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	<a href="http://www.ksgr.ch/krebsregister.aspx">www.ksgr.ch/krebsregister.aspx</a>
<b>SKKR</b> Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	Kinderkrebsregister <a href="http://www.kinderkrebsregister.ch">www.kinderkrebsregister.ch</a>

### Bemerkungen

Das Kantonsspital Graubünden meldet folgende Ergänzungen im Bereich Register:

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

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

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

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

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

Services AG, Zürich. Teilnahme seit 1. Juli 2014.

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

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

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

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

**Specialized Swiss Urology Registry (SSUR):** Registererfassung für Prostatektomie bei Carcinom, Nephrektomie/Nierenteilresektion und Cystektomie seit 2019

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

**Swiss Sarcoma Network:** Systematische Erfassung aller Sarkompatienten inklusive Erfassung von PROMs seit 19.10.2019

**Swiss Upper Extremity Outcome Registry (SUPEXOR):** Klinische Untersuchungsdaten (Beweglichkeit, Kraft) und PROMs seit 01.06.2021

**SIRIS-Spine:** Schweizerisches Implantatregister WS-Eingriffe seit 11.01.2021

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

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

**FIVNAT-CH:** Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie nehmen nicht teil.

**DGAI - Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin:** Teilnahme Deutsches Reanimationsregister seit 2014

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
SanaCERT Suisse	Kantonsspital Graubünden	Erstzertifizierung in 2011	Re-Zertifizierung in 2020	Das Kantonsspital Graubünden hat 2020 das Re-Zertifizierungsaudit durch SanaCERT Suisse, der Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, mit Bestnoten bestanden. Die nächste Re-Zertifizierung findet im Jahr 2023 statt.
REKOLE Hplus	Controlling	2011	2019	Standards für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler.
Zertifizierung ISO 9001:2015	Institut für Spitalpharmazie	2006	2019	
Institut für Spitalpharmazie	Kantonale Bewilligung	2014	2018	
Institut für Spitalpharmazie	Swissmedic Bewilligung	2018	2020	
Akkreditierung nach EN/ISO 15189	Zentrallabor	2019	2019 (geplant)	Akkreditierung gemäss internationaler Norm EN/ISO 15189 durch Schweizerische Akkreditierungsstelle des SECO. Akkreditierung im Juli 2019 erfolgreich bestanden.
QUALAB Ringversuche Labor	Zentrallabor	2012	2018	
GMP - PIC	Institut für Spitalpharmazie	1998	2018	Das Institut für Spitalpharmazie wurde

				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.
Zertifizierung ISO 9001:2015	Institut für Radio-Onkologie	2016	2019	Audit in 2019 erfolgreich bestanden.
Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie	Handchirurgie	2013	2019	
IVR-Anerkennung	rettung chur	2002	2017	Die Re-Zertifizierung konnte erfolgreich bestanden werden. Nächste Re-Zertifizierung in 2021.
Label „Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care	Palliative Care	2012	2017	Die Palliative Care Abteilung hat die Re-Zertifizierung des Labels SQPC (Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care) erfolgreich bestanden. Die Re-Zertifizierung findet im 2022 statt.
Zertifizierung FTGS / ENSH	Rauchstopp-Beratung	2016	2020	Ausgezeichnet mit „Silber Zertifikat“ des Forums Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz (FTGS) und Erfüllung der Qualitätskriterien nach den Standards des

				ENS.
Zertifizierung Stroke-Unit	Stroke Unit	2016	2019	
Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie	Ambulante pulmonale Rehabilitation	2017	2017	Audit erfolgreich am 08.05.2017 bestanden.
Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie	Akkreditiertes Zentrum für Schlafmedizin	2017	2017	Erfolgreiche Akkreditierung des interdisziplinären Schlafzentrums Kantonsspital Graubünden vom Oktober 2017. KSGR als eines von 32 CH-Schlafzentren und 1 von 15 CH-Schlaf-Weiterbildungsstätten SGSSC.
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Brustkrebszentrum	2017	2020	Erfolgreiche Re-Zertifizierung in 2020.
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM)	Kinderwunschzentrum	2016	2020	Erfolgreiche Re-Zertifizierung in 2020.
Stiftung Endometrioseforschung, Schweizerische Endometriose-Vereinigung, Europ. Endometriose-Liga	Endometriosezentrum	2017	2020	Erfolgreiche Re-Zertifizierung am 23.10.2020 per Videokonferenz aufgrund Covid-19-Situation.
HACCP	Küchen	2008	2019	Alle Anforderungen sind erfüllt.
Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte	Gesamthaus	laufend	laufend	Siehe unter Bemerkungen.
PET Umwelt-Zertifikat	PET Recycling Schweiz	2017	2020	Wird ab 2017 jährlich vergeben.

### Bemerkungen

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

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.19	4.16	4.15	4.21 (4.15 - 4.28)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.61	4.52	4.59	4.51 (4.58 - 4.72)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.58	4.58	4.59	4.54 (4.55 - 4.67)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.47	4.55	4.50	4.46 (4.45 - 4.62)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.05	4.00	3.97	4.02 (3.95 - 4.11)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.70 %	88.40 %	89.10 %	90.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				1261
Anzahl eingetreffener Fragebogen	524	Rücklauf in Prozent		42 %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

##### ANQ Patientenzufriedenheitsmessung 2021

Die Ergebnisse aus der Patientenumfrage des ANQ 2021 zeigen, dass das Kantonsspital Graubünden in allen Bereichen über dem Durchschnitt der Schweizer Akutspitäler auf demselben Versorgungsniveau (VN 2) liegt. Die Rücklaufquote im Erwachsenenbereich lag bei 42 Prozent. Im Ergebnis kann gesagt werden, dass das Kantonsspital Graubünden auch mit der Messung 2021 im sehr guten Bereich liegt. Im pädiatrischen Bereich wird der ursprüngliche ANQ Fragebogen mit 10er Skala eingesetzt. Die Rücklaufquote im pädiatrischen Bereich lag bei 34 Prozent. Auch in diesem Bereich verzeichnen wir sehr gute Ergebnisse.

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im Juni 2021 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

#### Bemerkungen

Die nächste Datenerhebung der Patientenzufriedenheit in der Akutsomatik findet im April 2023 statt.

## 5.2 Eigene Befragung

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

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

#### **Ergebnisse Gelber Fragebogen zur Messung der stationären Patientenzufriedenheit 2021:**

Die Werte im Erwachsenen sowie im Kinder- und Jugendbereich im Vergleich zum Vorjahr konnten leicht verbessert werden. Die Patientenzufriedenheit im stationären Erwachsenenbereich liegt bei 4.5 (bei max. 5), 2020 lag der Wert bei 4.4. Der Rücklauf liegt im Erwachsenenbereich bei 56%, 2020 war der Rücklauf 49%. Im Kinder- und Jugendbereich liegt der Wert, der Patientenzufriedenheit bei 9.7 (bei max. 10), wobei der Wert im 2020 bei 9.6 lag. Der Rücklauf liegt im Kinder- und Jugendbereich bei 90%, im 2020 war der Rücklauf des Kinder- und Jugendbereichs bei 87.3%. Insgesamt gingen 4'677 Fragebögen in der Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement ein.

Standardmässig werden die ANQ Fragen, welche sich im Gelben Fragebogen befinden, ausgewertet und in den aktuellen Vergleich mit den ANQ-Werten KSGR gesetzt. Hier zeigt sich wiederum eine gleichbleibend hohe Zufriedenheit.

Kritische Feedbacks oder Beschwerden werden mit definierten Prozessen und Verantwortlichkeiten bearbeitet. In einem jährlichen Analysebericht werden neben den Ergebnissen auch Massnahmen dokumentiert. Der Analysebericht wird von der Geschäftsleitung jährlich genehmigt.

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

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Kantonsspital Graubünden**

Stabsstelle Haftpflichtfragen/Beschwerden

Lucia Rabia Schäfli

Leiterin Stabsstelle Haftpflichtfragen/

Beschwerden

081 256 67 05

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

## 6 Angehörigenzufriedenheit

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

### 6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.81	8.88	8.88	9.09 (8.74 - 9.45)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.66	8.86	8.79	9.15 (8.87 - 9.42)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.46	8.95	9.01	9.37 (9.16 - 9.58)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.61	8.90	8.91	9.18 (8.86 - 9.51)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.37	9.61	9.51	9.61 (9.39 - 9.84)
Anzahl angeschriebene Eltern 2021				290
Anzahl eingetreffener Fragebogen	98	Rücklauf in Prozent		34.00 %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragung (ANQ) stattgefunden.

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

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

Auch im pädiatrischen Patientenbereich verzeichnet das Kantonsspital Graubünden nach wie vor eine sehr gute Patientenzufriedenheit, respektive Zufriedenheit bei den Eltern pädiatrischer Patientinnen und Patienten. Wie auch im Erwachsenenbereich wird im Departement Kinder- und Jugendmedizin eine Dauermessung der stationären Patientenzufriedenheit umgesetzt (Gelber Fragebogen; siehe entsprechendes Kapitel). Der Fragebogen richtet sich an die Eltern und Bezugspersonen respektive an die Jugendlichen selbst und beinhaltet die ANQ-Pädiatriefragen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2021 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 6.2 Eigene Befragung

### 6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin

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

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

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

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

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

Informationen zu den Messergebnissen 2021 sehen Sie unter dem Kapitel 5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen)

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

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Im Herbst 2021 erfolgte die Mitarbeiterumfrage mit dem Anbieter iCommit.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterumfrage wurden den Mitarbeitenden, der Geschäftsleitung, der Kommunikation und der Kommission für Qualitäts- und Risikokommission sowie dem Verwaltungsrat und Stiftungsrat kommuniziert.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 6. September bis 1. Oktober durchgeführt. Hausweite, d.h. flächendeckende Messung der Mitarbeiterzufriedenheit

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse dienen für interne Zwecke und werden daher nicht publiziert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	iCommit
Methode / Instrument	iCommit Mitarbeitendenfragebogen

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserumfrage

Gemäss Umfragekonzept des Kantonsspitals Graubünden werden strategisch wichtige Anspruchsgruppen in einem 4-Jahresrhythmus mit einer Grossmessung durch einen externen Partner befragt. Für die strategisch wichtige Anspruchsgruppe Zuweisende (Behandlungspartnerinnen und Behandlungspartner) war dies im Jahr 2020 der Fall. Der diesbezügliche Schlussbericht zur Zuweiserumfrage samt Dokumentation von Massnahmen wurde 2021 von der Geschäftsleitung genehmigt.

Die Leitung Zuweisungsmanagement steht für die Anliegen und Bedürfnisse der Behandlungspartnerinnen und Behandlungspartner gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen gibt die Website des Kantonsspitals Graubünden unter den für diese Zielgruppe eingerichteten Informationsseiten: <https://www.ksgr.ch/kontakt-zuweiser.aspx>

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt. Messung der Zufriedenheit von allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im gesamten Marktgebiet des Kantonsspitals Graubünden (GR, GL, SG-Süd, FL).

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

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017	2018	2019
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Verhältnis der Raten*	0.84	0.92	0.96	0.95
Anzahl auswertbare Austritte 2019:				

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

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

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

Seit 01.01.2017 wird der SQLape Monitor im Kantonsspital Graubünden eingesetzt.

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: Juli 2014 bis Juni 2018

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2014 - 2018	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018
<b>Kantonsspital Graubünden</b>			
Primäre Hüfttotalprothesen	565	2.60%	2.00%
Primäre Knieprothesen	493	3.50%	2.10%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2021 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Juli 2014 bis Juni 2018. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Juni 2020.

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

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

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

#### Messergebnisse

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

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

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

Die interne Qualitätsüberprüfung läuft kontinuierlich.

#### Angaben zur Messung

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

**Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.**

#### Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	7	6	–	–
In Prozent	4.90%	3.60%	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

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

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Monatliche Auswertung über KIS-System

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	KSGR (KIS)
Methode / Instrument	Reporting Sturzerfassung KIS

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

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

**Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.**

#### Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
		2018	2019	2020		
<b>Kantonsspital Graubünden</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	6	1	–	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			–	

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

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

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

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen mit Auswertung durch Leitung Pflegeentwicklung

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Das Thema wird direkt in die Bearbeitung des SanaCERT Q-Standards Dekubitusprävention und -behandlung einfließen. In der Re-Zertifizierung 2020 erhielt der Qualitätsstandard Dekubitusprävention und -behandlung die beste Bewertung (D) bei der Erstzertifizierung.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

### 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

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

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

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

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

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	interne Audits
---	----------------

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Qualitätsmessungen in Fachbereichen

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

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

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 SanaCERT Re-Zertifizierung

Das Kantonsspital Graubünden verpflichtet sich in seiner Mission der laufenden Qualitätsverbesserung. Die in 2006 beschlossene strategische Richtung des Qualitätsmanagements nach SanaCERT Suisse stellt die Aspekte Patientin, Patient und Mitarbeitende in den Fokus. SanaCERT Suisse ist die Schweizerische Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Seit 2011 findet dreijährlich die Re-Zertifizierung statt. Die letzte Re-Zertifizierung hat im Jahr 2020 stattgefunden. Zwischen den Zertifizierungsaudits werden jährliche Überwachungsaudits durchgeführt.

Das Überwachungsaudit 2021 verlief reibungslos. Die Erst- und Re-Zertifizierungen konnte das Kantonsspital Graubünden bislang mit Bestresultaten erreichen. Für die Erreichung einer SanaCERT Zertifizierung werden acht Qualitätsstandards bearbeitet, wobei der Grundstandard Qualitätsmanagement obligatorisch ist. Für die Re-Zertifizierung 2023 werden folgende Qualitätsstandards bearbeitet:

- Qualitätsmanagement (obligatorisch)
- Standard 5: Schmerzbehandlung (Weiterführung aus 2017)
- Standard 12: Mitarbeitende Menschen - Human Resources (Weiterführung aus 2017)
- Standard 13: Patienteninformation (Weiterführung aus 2020)
- Standard 15: Ernährung (Weiterführung aus 2017)
- Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten (Weiterführung aus 2017)
- Standard 26: Sichere Medikation (Weiterführung aus 2017)
- Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung (Weiterführung aus 2020)
- Standard 33: Feedbackmanagement (neu)

Die Qualitätsstandards werden in Arbeitsgruppen bearbeitet. Ebenfalls die Q-Standards, welche nicht mehr für eine Re-Zertifizierung weitergeführt werden und in die Linie übergegangen sind, werden ebenfalls laufend weiterbearbeitet (Aus 2017: Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation. Aus 2014: Erhebung von Patientenurteilen, Chirurgie. Aus 2011: Infektionsprävention und Spitalhygiene, Entwicklung der Pflegequalität). Dies, um die Qualitätsarbeiten weiterhin sicherzustellen und den PDCA-Qualitätskreislauf geschlossen zu halten. 2021 wurde der SanaCERT Standard 33 Feedbackmanagement von der Geschäftsleitung in das Standardset des Kantonsspitals Graubünden aufgenommen. Ziel ist es, diesen bis zur Re-Zertifizierung 2023 umzusetzen.

### 18.1.2 Integrales Risikomanagement

Seit 2014 ist das Konzept integrales Risikomanagement am KSGR umgesetzt. Einmal jährlich wird ein unternehmensweites Risk Assessment durchlaufen und 2-jährig ein Risikobericht zu Händen der Geschäftsleitung und des Verwaltungsrates erstellt.

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

2020 wurde der Integrale Risikomanagementbericht samt Massnahmenplan 2021 auf der Grundlage der Risikoevaluation/-prüfung und -bewertung aus dem Vorjahr erstellt und der Geschäftsleitung z.Hd. des Verwaltungsrates verabschiedet. Bei allen Top-Risiken wurden und werden diverse Projekte und Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit durchgeführt oder eingeleitet. Da Massnahmen auf hausweiter Ebene Zeit benötigen, um zu wirken, wird der integrale Risikomanagementbericht nun alle zwei Jahre verfasst; die Risikoinventarisierung in den Departementen findet jedoch wie bislang jährlich statt. Das Risikokzept wurde entsprechend angepasst.

### 18.1.3 Patienten-Identifikation

Der Patientensicherheit misst das Kantonsspital Graubünden nach wie vor einen zentralen Stellenwert bei. Zur beständigen und optimalen Etablierung und Förderung der Sicherheitskultur trägt das Qualitätsprojekt zur sicheren Patientenidentifikation bei. Neben dem Hilfsmittel des Patientenarmbandes zur sicheren Patientenidentifikation werden laufende Kommunikationsmassnahmen umgesetzt.

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

### 18.1.4 Revision Umfragekonzept

Die SanaCERT Standardgruppe 33 Feedbackmanagement beschäftigt sich gegenwärtig mit dem bestehenden Umfragekonzept KSGR und hat bereits in einem Grobkonzept erste Leitlinien für eine Revision des bestehenden Konzepts festgelegt. Das Grobkonzept beinhaltet Entwicklungen zum Thema Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung und Zuweiserbefragung. In weiteren Schritten werden die einzelnen Befragungsarten in Detailkonzepten ausgearbeitet und das Umsetzungsvorhaben geplant. Die Priorität liegt dabei auf der Neukonzeption der Patientenbefragungen.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

### 18.2.1 Q-Aktivitäten

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

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierungen im Überblick

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

- Gesamtspital: SanaCERT Suisse
- Controlling: REKOLE (Standard für die Kostenrechnung und Leistungserfassung für Schweizer Spitäler)
- Stroke Unit: Zertifizierung Stroke Unit
- Institut für Spitalpharmazie: ISO 9001:2015
- Rauchstoppberatung: Zertifizierung FTGS / ENSH
- Palliative Care: Label "Qualität in Palliative Care"
- Zertifizierung Kinderwunschzentrum
- Re-Zertifizierung Brustzentrum

## 19 Schlusswort und Ausblick

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

Das Berichtsjahr 2021 wurde von der Bewältigung der Corona-Pandemie dominiert. Die externe Überprüfung mit Bestbenotung im Rahmen des SanaCERT Re-Zertifizierungsaudits im November 2020 bestätigte, wie tief und robust das Qualitäts- und Risikobewusstsein bei unseren Mitarbeitenden verankert ist und trotz maximaler Arbeitsbelastung gelebt wird.

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



Chur, im Mai 2022

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

Christian Köhler  
Leiter Qualitäts- und Risikomanagement

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie

<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>

Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Plexuschirurgie
Replantationen
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$ )
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq 1250g$ )
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$ )
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$ )
Spezialisierte Neonatalogie (ab 28. Woche und $\geq 1000g$ )
Hochspezialisierte Neonatalogie ( $< 28$ . Woche und $< 1000g$ )
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

**Kantonsspital Graubünden**  
 Departement Pflege und Fachsupport  
 Qualitäts- und Risikomanagement

## Ziele 2021 der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement

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

- 1.1. Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen nach der SQLape Methode
- 1.2. Prävalenzmessung Sturz mit dem Messinstrument LPZ
- 1.3. Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Messinstrument LPZ
- 1.4. Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO
- 1.5. Registrierung im SIRIS-Knie-, Hüft- und Spine-/Implantatregister
- 1.6. Messung ANQ Patientenzufriedenheit

### 2. Phase der SanaCERT Re-Zertifizierung 2023

- 2.1. Die Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit 2020 sind geprüft und - wo sinnhaft - in Umsetzung.
- 2.2. Das Überwachungsaudit 2021 ist erfolgreich absolviert.

### 3. Umfragen

- 3.1. Das Umfragekonzept KSGR ist überarbeitet und ergänzt und von der Geschäftsleitung verabschiedet.
- 3.2. Die Mitarbeiterumfrage 2021 ist durchgeführt und die Ergebnisse sind zeitgerecht vorliegend.
- 3.3. Resultate und Erkenntnisse der Zuweiserumfrage wurden präsentiert. Die weiteren Massnahmen sind definiert.

### 4. Integrales Risikomanagement

- 4.1. Risk Assessment wird KSGR-weit durchgeführt.
- 4.2. Das Risiko-Dashboard ist bis Ende 2021 von der Geschäftsleitung genehmigt.

Erstellt von: AQRM	Erstelldatum: 19.01.2021	Thema: Jahresziele 2021 KQRM	Freigabe durch: GL/KQRM	Freigabe am: 08.03.2021/15.02.2021	Gültig ab: 08.03.2021	<b>QM</b>
Gültigkeitsbereich: KSGR QRM	Version: v1.0	Ablageort: Intranet / Qualität	Revision durch:	Revision am:	Seite(n): 1/1	

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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