



KANTONSSPITAL GRAUBÜNDEN

# Qualitätsbericht 2022

## 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 2022.

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 2022

Frau  
Barbara Gubler  
Leiterin Qualitäts- und Prozessmanagement  
081 256 71 92  
[barbara.gubler@ksgr.ch](mailto:barbara.gubler@ksgr.ch)

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

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

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen 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. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

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 2022 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	21
4.5 Registerübersicht .....	22
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	26
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>29</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>30</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	30
5.2 Eigene Befragung .....	32
5.2.1 Fragebogen zur Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit (Gelber Fragebogen) .....	32
5.3 Beschwerdemanagement .....	33
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>34</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	34
6.2 Eigene Befragung .....	35
6.2.1 Gelber Fragebogen Akutsomatik Kinder- und Jugendmedizin .....	35
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>36</b>
7.1 Eigene Befragung .....	36
7.1.1 Hausweite Mitarbeiterumfrage .....	36
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>37</b>
8.1 Eigene Befragung .....	37
8.1.1 Zuweiserumfrage .....	37
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>38</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>38</b>
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen .....	38
<b>10 Operationen</b> .....	<b>39</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	39
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>40</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	40
<b>12 Stürze</b> .....	<b>41</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	41
12.2 Eigene Messung .....	42
12.2.1 Monatliche Auswertung .....	42
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>43</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	43
13.2 Eigene Messungen .....	44
13.2.1 Erfassung durch Dekubitusverantwortliche auf den Bettenstationen mit Auswertung durch Leitung Pflegeentwicklung .....	44

<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>45</b>
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	45
14.1.1	Im Rahmen der Umsetzung des SanaCERT Q-Standards Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten .....	45
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>46</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	46
17.1.1	Qualitätsmessungen in Fachbereichen.....	46
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>47</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	47
18.1.1	SanaCERT Re-Zertifizierung .....	47
18.1.2	Neuorganisation Qualitäts- und Risikomanagement.....	47
18.1.3	Revision Umfragen KSGR .....	48
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022 .....	48
18.2.1	Q-Aktivitäten.....	48
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	48
18.3.1	Zertifizierungen im Überblick.....	48
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>49</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>50</b>
Akutsomatik .....		50
<b>Anhang 2</b> .....		<b>53</b>
<b>Herausgeber</b> .....		<b>54</b>

## 1 Einleitung

Das KSGR ist DAS Zentrumsspital der Südostschweiz. Als solches bietet das KSGR ein vielseitiges medizinisches, chirurgisches, gynäkologisches, pädiatrisches und geriatrisches Angebot und setzt auf eine standortnahe und hochstehende medizinische Versorgung der Region Südostschweiz. Die verschiedenen Fachdisziplinen stellen eine grosse Bandbreite an Behandlungsformen eines modernen Zentrumsspitals bereit. Rund 3'100 engagierte und kompetente Mitarbeitende in zehn verschiedenen Departementen und Tochterunternehmen machen diese umfangreiche Versorgung möglich. Unser wichtigstes Ziel ist es, den Aufenthalt, die medizinische und pflegerische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auf einem hohen Qualitätsniveau zu gewährleisten und kontinuierlich sowie nachhaltig zu verbessern.

Neu wurden in diesem Jahr die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement sowie die Abteilung Prozessmanagement zu einer Abteilung vereint und in der Direktion verankert. Das Ziel ist es, Synergien optimal zu nutzen und künftige Qualitätsbestrebungen optimal zu unterstützen. Die neu gebildete Abteilung für Qualitäts- und Prozessmanagement stellt mit den laufenden Analysen, Berichten, Massnahmen und dem direkten Austausch mit Verantwortungsträger:innen am KSGR die Grundlage für eine fortdauernde Umsetzung der Qualitätsziele auf Basis des patientenzentrierten Managements sicher.

Das Kantonsspital Graubünden ist bestrebt sich kontinuierlich zu verbessern und integriert Rückmeldung der verschiedenen Stakeholder systematisch. Die Ergebnisse werden an die zuständigen Stellen weitergeleitet, um zielgerichtete Massnahmen effektiv zu ergreifen. Die Arbeiten in zentralen Arbeits- und Standardgruppen zu verschiedenen Qualitätsthemen sind als ein weiterer wichtiger Bestandteil in der täglichen Arbeit verankert und tragen aktiv zur Weiterentwicklung bei. Die Bestätigung wurde dem KSGR im Rahmen des erfolgreichen Überwachungsaudits und der entsprechenden Aufrechterhaltung der SanaCERT Zertifizierung bis 2024 erteilt.

Die hohe Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten und das Vertrauen, welches sie uns entgegenbringen, bestätigt uns in unseren täglichen Bestrebungen. Um diese qualitativ hochstehende Versorgung zu erreichen, braucht es ambitionierte Ziele, Transparenz und Akzeptanz der Messresultate, Bereitschaft und Wille zur kontinuierlichen betrieblichen Verbesserung sowie den unermüdlichen Einsatz aller Mitarbeitenden im Spital, sich und das System kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Das Jahr 2022 war weiter geprägt von den finalen Vorbereitungen für die Übernahme des Spitals Walenstadt. Über das gesamte Jahr hinweg wurden hierfür sämtliche strukturellen, prozessualen und personellen Voraussetzungen geschaffen, um eine möglichst reibungslose Inbetriebnahme des Standorts Walenstadt per 1.1.2023 zu gewährleisten und die hohen Qualitätsstandards der drei Standorte in Chur auf den Standort Walenstadt zu transferieren. Es freut uns, das Angebot des Zentrumsspitals weiter ausbauen zu können.

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.ksgr.ch](http://www.ksgr.ch).

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Die oberste Führung des Kantonsspital Graubündens ist für die Qualität und die Patientensicherheit im Rahmen der strategischen Führung verantwortlich. Sie sorgt für die Rahmenbedingungen, damit alle Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit die Mitverantwortung für die Qualität und Patientensicherheit wahrnehmen können.

Per Ende Jahr wurde die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement und die Abteilung Prozessmanagement zusammengeführt und in die Unternehmensentwicklung überführt. Dies ermöglicht eine patientenzentrierte Ausrichtung. Im Kantonsspital Graubünden ist das Qualitäts-, Risiko- und Prozessmanagement mit der neuen Organisationsstruktur optimal eingebunden. Die Themen "Qualität", "Sicherheit" und "Prozesse" werden entsprechend integral betrachtet. Dies ermöglicht sowohl eine strategische Ausrichtung als auch eine Aufnahme zentraler Themen aus den Departementen. 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 10 Prozent oder mehr festgelegt.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist Teil der Unternehmensentwicklung in der Direktion

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **280** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Barbara Gubler  
Leiterin Qualitäts- und Prozessmanagement  
081 256 71 92  
[barbara.gubler@ksgr.ch](mailto:barbara.gubler@ksgr.ch)

Frau Monica von Toggenburg  
Qualitäts- und Risikobeauftragte  
081 256 66 20  
[monica.vontoggenburg@ksgr.ch](mailto:monica.vontoggenburg@ksgr.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch und die Patientensicherheit des Kantonsspitals Graubünden sind Leistungsansprüche, welche in der Strategie verankert sind. Der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung definieren am Strategiemeeting, strategische Schwerpunkte. Diese stehen in Kongruenz mit der Mission. In einem kontinuierlichen Prozess werden dabei Ziele und Zielerreichung überprüft und durch weiterführende Massnahmen gesteuert. Die Resultate des Prozesses werden den Mitarbeitenden transparent zur Verfügung gestellt.

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

- Qualitativ hochstehend versorgte Patientinnen und Patienten
- Aktuelles, qualitativ hochstehendes Zentrumsleistungsangebot
- Integriertes Qualitäts- und Risikomanagement
- Lean Hospital als Grundphilosophie der Prozess-Optimierung
- Führung mit Kennzahlen und Indikatoren

Als ständiges Fachgremium berät die **Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement** die Geschäftsleitung in allen Fragen zur Förderung von Qualität, der Qualitätsentwicklung und der Patientensicherheit. Sie ist der Geschäftsleitung direkt unterstellt und mit Vertreterinnen und Vertreter aller Departemente besetzt. Die Kommission koordiniert Massnahmen und Projekte im Qualitäts-, Risiko- und Prozessbereich und stellt Anträge an Entscheidungsgremien. Im Bereich Risikomanagement ist sie für den klinischen Risikobereich und die Koordination des Integralen Risikomanagements zuständig.

**Qualitäts-, Risiko- und Prozessziele:** Die zu erreichenden Qualitäts-, Risiko-, und Prozessziele sind festgehalten und die zur Zielerreichung notwendigen Schritte festgelegt:

- **Definition der Qualitäts-, Risiko- und Prozessziele:** Die Jahresziele der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement werden jährlich definiert und der Geschäftsleitung zur Genehmigung unterbreitet. Dabei wird die hausweite Strategie berücksichtigt.
- **Controlling:** Die Abteilung für Qualitäts- und Prozessmanagement ist für ein laufendes Controlling der Umsetzungsmassnahmen zur Erreichung der Jahresziele verantwortlich.

Die Ziele der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement 2022 stehen im Anhang zur Verfügung.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

##### **SanaCERT Re-Zertifizierung Akutspital: Erfolgreiches Überwachungsaudit 2022**

Im November 2022 fand das obligatorische Überwachungsaudit 2022 als letztes Audit vor der Re-Zertifizierung 2023 nach SanaCERT Suisse Standard statt. Der Auditor stellte fest, dass das Qualitätsmanagement des KSGR die Voraussetzungen für den Erhalt der Zertifizierung weiterhin erfüllt und dass innerhalb der SanaCERT Standardgruppen wichtige Ziele erreicht und die Standards fortlaufend weiterentwickelt wurden.

Die Vorbereitungen für die Re-Zertifizierung Ende 2023 sind in Bearbeitung.

##### **Neuorganisation Qualitäts- und Risikomanagement sowie Prozessmanagement**

Die zuvor gesondert geführten Abteilungen Qualitäts- und Risikomanagement sowie Prozessmanagement wurden per 01.08.2022 zu einer Gesamtabteilung vereinigt. Die Synergien zwischen den Themenbereichen können so im Sinne des patientenzentrierten Managements genutzt werden. Weiter erfolgte ein Wechsel ins Departement Direktion.

### **Umfragen KSGR**

Um der fortschreitenden Digitalisierung gewachsen zu sein, Prozesse für Mitarbeitende zu vereinfachen und den Patientenbedürfnissen gerecht zu werden, werden die Umfragen digitalisiert. Der Fokus liegt in einem ersten Schritt auf PREM-Patientenbefragungen im stationären Bereich. Sämtliche Evaluationen haben stattgefunden und die Projektumsetzung ist lanciert. Im 2023 kann es entsprechend zur Umsetzung kommen.

## **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022**

**Die Qualitäts- und Risikoziele 2022 (siehe Anhang) konnten im Berichtsjahr umgesetzt respektive erreicht werden.**

**Eine Auswahl der erreichten Ziele wird 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 (keine Publikation aufgrund Methodenwechsel ANQ)
2. Patientenzufriedenheit (nicht durchgeführt aufgrund Zweijahreszyklus)
3. Prävalenzmessung Sturz mit dem Instrument LPZ
4. Prävalenzmessung Dekubitus mit dem Instrument LPZ
5. Postoperatives Wund-Infektmonitoring mit SwissNOSO
6. Registrierung im siris-Knie- und Hüftimplantatregister

Die Messungen verlaufen routinemässig.

### **Phase der SanaCERT Re-Zertifizierung 2023**

- Anregungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit 2020 sind in Umsetzung
- Durchführung von 15 internen Audits im Sinne der Selbstbewertung 2022. Die Empfehlungen aus dem Gesamtauditbericht befinden sich in der fortlaufenden Prüfung und Umsetzung.
- Erfolgreiche Absolvierung des Überwachungsaudits 2022
- Zur Verfügungsstellung strukturierter Informationsunterlagen und Refresher zu den SanaCERT Standards. Dabei wird auf eine adressatengerechte und nachhaltige Informationsvermittlung geachtet.

### **Integrales Risikomanagement**

- Durchführung Risk Assessment 2022 und Prüfung des bestehenden Prozesses
- Erstellung Risikobericht 2022 sowie Optimierung der bestehenden Berichtsstruktur
- Planung Neugestaltung Risk Assessment, Risikobericht und Risikokzept

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Um dem Ziel der qualitativ hochstehenden Patientenversorgung gerecht zu werden, setzt das Kantonsspital Graubünden - neben der Erfüllung aller gesetzlichen Qualitätsaktivitäten - weiterhin auf freiwillige Qualitätsaktivitäten und Weiterentwicklungsprojekte. Freiwillige Zertifizierungen sowohl haus- als auch departements- und fachbereichsweit zeigen die Qualitätsarbeit auf. Ausserdem beteiligt sich das KSGR an nationalen Programmen, an Pilotprojekten und engagiert sich in nationalen Gremien.

**Die Qualitäts-, Risiko- und Prozessziele 2023 sind auf zwei Jahre ausgerichtet:**

#### **Erstellung Betriebskonzept Abteilung Qualitäts- und Prozessmanagement**

- Vollständige Integration des Prozessmanagements in Abteilung
- Einbezug aktueller Evidenz und betrieblicher Gegebenheiten sowie Stakeholder
- Fokus auf der Patientenperspektive
- Neuevaluation Verantwortlichkeiten und Aufgaben bestehender Qualitäts- und Prozessgremien

#### **Revision Risikomanagementprozess inkl. Konzept**

- Evaluation des bestehenden Berichtszyklus
- Optimierung und effizientere Gestaltung des bestehenden Prozesses
- Vereinfachung und Steigerung des Nutzens für klinische Bereiche
- Durchführung Massnahmencontrolling
- Neuinitiierung Risikokonzept

#### **Implementation eines neuen Umfragekonzepts**

- Prozessoptimierung und Abgleichung Ist- und Sollprozesse
- Einführung digitales Tool und Schulung der Mitarbeitenden
- Startphase im Bereich der stationären Patientenbefragung
- Roll-Out auf weitere Befragungskategorien (Patienten ambulant, Zuweisende, Mitarbeitende)
- Regelmässige Kennzahlenauswertung- und Datenanalyse
- Aufbau Kommunikationsstrategie der laufenden Ergebnisse

#### **Förderung Patientenzentriertes Management**

- Ausbau der bereits bestehenden Elemente des patientenzentrierten Managements im KSGR
- Fokus auf Werte und Präferenzen der Patientinnen und Patienten und umfassende Berücksichtigung in der Behandlung
- Umfangreiche Kommunikation und Information der Patientinnen und Patienten
- Optimale Ausrichtung der Prozesse auf die maximale Patientensicherheit
- Schaffung eines Mehrwerts für die Patienten und für die Mitarbeitenden

## 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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
▪ 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
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Monatliche Auswertung
<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

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### 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.

##### 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

## 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 Prozessmanagement
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Je nach Anforderung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2010

## 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; BDO AG

<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

## 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 (von...bis)</b>	ab 2013

## Mitglied H+ Branchenlösung zur Arbeitssicherheit

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

## Coaching und Beratung für alle Mitarbeitenden

<b>Ziel</b>	Wirkungsvoller Umgang mit Konflikten mit Lern- bzw. Entwicklungspotential für alle Beteiligten durch Firma Movis mit interner Schnittstelle HRM
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Seit 2021

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

## Audit / Revisionen

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

## Internes Kontrollsystem (IKS)

<b>Ziel</b>	Optimale Risikobeurteilung im Finanzsektor
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Departement Management 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.

## 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</b> (von...bis)	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</b> (von...bis)	seit 2019

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

<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 und Kennzahlen

<b>Ziel</b>	Kennzahlensystem zur Qualitätssteuerung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2022 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.

## Neuorganisation Qualitäts- und Risikomanagement (Integration Prozessmanagement)

<b>Ziel</b>	Effizienzsteigerung und Patientenzentrierung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Abteilungen Qualitäts- und Prozessmanagement
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2022
<b>Begründung</b>	Enge Zusammenarbeit zwischen den beiden Bereichen. Optimale Unterstützung der klinischen Bereiche durch Zusammenführung gewährleisten und Patientenzentrierung weiter fördern.

## Revision Umfragekonzept sowie Durchführung von Umfragen KSGR

<b>Ziel</b>	Digitale Bereitstellung PREM Befragung stationär und ambulant. Mögliche Digitalisierung weiterer Befragungsarten.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Abteilung Qualitäts- und Prozessmanagement sowie Stationen und ambulante Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2022
<b>Begründung</b>	Effizientere Handhabung in Bereichen sowie für Patienten. Verbesserte Datenauswertungsmöglichkeiten.

## Qualitätssiegel Friendly Workspace

<b>Ziel</b>	Aufbau und Förderung eines systematischen betrieblichen Gesundheitsmanagements
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	HRM
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2022

## Revision Kommunikationskonzept Abteilung Qualitäts- und Prozessmanagement

<b>Ziel</b>	Informationen sowie Verantwortlichkeiten in den Bereichen Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement adressatengerecht, niederschwellig und zeitunabhängig zur Verfügung stellen und Austausch mit den Bereichen intensivieren
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Abteilung für Qualitäts- und Prozessmanagement
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab Herbst 2022

## 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)	2011

**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 mehrere 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.

Im Mai 2022 wurde eine hausinterne Fortbildungsveranstaltung durch CIRNET Stiftung Patientensicherheit Schweiz mit den Themen CIRS, Never Events und Fehlerkultur durchgeführt.

## 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	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine <a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</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, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	seit 2012
<b>FIVNAT-CH</b> Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin <a href="http://www.fivnat-registry.ch">www.fivnat-registry.ch</a>	2013
<b>Infreporting</b> MeldeSystem 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. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	2000
<b>MIBB</b>	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft	2009

Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien		für Senologie c/o Adjumed Services AG <a href="http://www.mibb.ch/">www.mibb.ch/</a>	
<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://ibdc cohort.ch/">ibdc cohort.ch/</a>	2012
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/siris-spine.com/">www.siris-implant.ch/siris-spine.com/</a>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	2011
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2000
<b>SPSU</b> Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) <a href="http://www.bag.admin.ch/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	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie,	Verein SwissNET <a href="http://swissnet.net/">swissnet.net/</a>	2011

neuroendokrine Tumore	Nuklearmedizin, Radiologie		
<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), Bariatric) 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.

**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	2022	
Institut für Spitalpharmazie	Kantonale Bewilligung	2014	2018	
Institut für Spitalpharmazie	Swissmedic Bewilligung	2018	2022	
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.
GMP - PIC	Institut für Spitalpharmazie	1998	2022	
Zertifizierung ISO 9001:2015	Institut für Radio-Onkologie	2016	2022	Audit in 2022 erfolgreich bestanden.

Europäisches Zertifikat für Hand-Traumatologie	Handchirurgie	2013	2019	
IVR-Anerkennung	Rettung Chur	2002	2021	
Label „Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care	Palliative Care	2012	2022	
Zertifizierung FTGS / ENSH	Rauchstopp-Beratung	2016	2021	Ausgezeichnet mit „Gold 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	2022	
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	2021	Erfolgreiche Re-Zertifizierung in 2021.
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM)	Kinderwunschzentrum	2016	2020	Erfolgreiche Re-Zertifizierung in 2020.
Stiftung Endometrioseforschung, Schweizerische	Endometriosezentrum	2017	2020	Erfolgreiche Re-Zertifizierung am 23.10.2020.

Endometriose-Vereinigung, Europ. Endometriose-Liga				
HACCP	Küchen	2008	2021	Alle Anforderungen sind erfüllt.
Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte	Gesamthaus	laufend	laufend	Siehe unter Bemerkungen.
PET Umwelt-Zertifikat	PET Recycling Schweiz	2017	2022	Wird ab 2017 jährlich vergeben.
Gefässzentrum USGG	Gefässchirurgie, Angiologie, interventionelle Radiologie	2021	2021	Erst-Zertifizierung 2021
Friendly Workspace	Kantonsspital Graubünden	2022	2022	

### 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 und Pflege).

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale 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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.16	4.15	4.21	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.59	4.51	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.58	4.59	4.54	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.55	4.50	4.46	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.00	3.97	4.02	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.40 %	89.10 %	90.00 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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 haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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**

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im Juni – 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>

## 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. Fürs 2023 wird eine Umstrukturierung der Patientenbefragung geplant.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt. Medizin, Chirurgie, Frauenklinik, Kinder- und Jugendmedizin  
 Fragebogen Erwachsene: Der Fragebogen für erwachsenen Patientinnen und Patienten wird auf allen akutstationären Abteilungen der Medizin, der Chirurgie sowie der Frauenklinik laufend an alle Patienten > 16 Jahren abgegeben.

#### **Ergebnisse Gelber Fragebogen zur Messung der stationären Patientenzufriedenheit 2022:**

Die Werte im Erwachsenen sowie im Kinder- und Jugendbereich im Vergleich zum Vorjahr weiterhin auf einem stabilen hohen Niveau gehalten werden. Die Patientenzufriedenheit im stationären Erwachsenenbereich liegt bei 4.4 (bei max. 5), 2021 lag der Wert bei 4.5. Im Kinder- und Jugendbereich liegt der Wert, der Patientenzufriedenheit bei 9.5 (bei max. 10), wobei der Wert im 2021 bei 9.7 lag. Insgesamt gingen 4'770 Fragebögen in der Abteilung für Qualitäts- und Prozessmanagement ein.

Standardmässig werden die ANQ Fragen, welche sich im Gelben Fragebogen befinden, ausgewertet und in den aktuellen Vergleich mit den ANQ-Werten KSGR gesetzt.

Kritische Feedbacks oder Beschwerden werden mit definierten Prozessen und Verantwortlichkeiten bearbeitet.

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 Patientinnen und 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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.88	8.88	9.09	– (–)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.86	8.79	9.15	– (–)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.95	9.01	9.37	– (–)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.90	8.91	9.18	– (–)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.61	9.51	9.61	– (–)
Anzahl angeschriebene Eltern 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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 haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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 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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September – 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.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2022 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 2022 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 Mitarbeitenden 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 nächste Mitarbeitendenbefragung findet planmässig im 2025 statt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2025.

Hausweite, d.h. flächendeckende Messung der Mitarbeiterzufriedenheit

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	iCommit
Methode / Instrument	iCommit Mitarbeitendenfragebogen

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin 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 Anspruchsgruppe Zuweisende (Behandlungspartnerinnen und Behandlungspartner) war dies im Jahr 2020 der Fall.

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.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Messung der Zufriedenheit von allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im gesamten Marktgebiet des Kantonsspitals Graubünden.

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

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung 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)	2017	2018	2019	2020
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Verhältnis der Raten*	0.92	0.96	0.95	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:				–

\* 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/).

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

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

#### 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 Patientinnen und 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: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2016 - 2019	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2016 - 2019	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2016 - 2019
<b>Kantonsspital Graubünden</b>				
Primäre Hüfttotalprothesen	563	2.60%	2.00%	1.60%
Primäre Knieprothesen	486	3.40%	2.10%	1.70%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (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)
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)
▪ 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.

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 Patientinnen und 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	2022
<b>Kantonsspital Graubünden</b>			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	7	6	8
In Prozent	4.90%	3.60%	1.90%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		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 Patientinnen und 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, Aufwachaum.</li> </ul>

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Monatliche Auswertung

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 2022 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 Patientinnen und 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		2022	In Prozent
		2018	2019		
<b>Kantonsspital Graubünden</b>					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	6	1	2	1.30%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>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 2022 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 2022 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 2022 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. 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 2022 verlief reibungslos. Die Erst- und Re-Zertifizierungen konnte das Kantonsspital Graubünden bislang mit Bestresultaten erreichen. Für die Erreichung einer SanaCERT Zertifizierung werden mindestens 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 laufend weiterbearbeitet. 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 Neuorganisation Qualitäts- und Risikomanagement

**Projektart:** Neuorganisation

**Projektziel:** Effizienzsteigerung und Patientenzentrierung

**Projektlauf:**

- Entscheid Neuformation Abteilung Qualitäts- und Prozessmanagement und Departementswechsel
- Rekrutierung und Stellenbesetzung Leitungs Qualitäts- und Prozessmanagement sowie Projektleitung Qualitäts- und Prozessmanagement
- Übergang ins Departement Direktion

### 18.1.3 Revision Umfragen KSGR

**Projektart:** Prozessoptimierung und Digitalisierung

**Projektziel:** Digitale Bereitstellung PREM Befragung stationär und ambulant

**Projektlauf:**

- Betriebs- und Umfeldanalyse
- Erstellung Kriterienkatalog
- Evaluation Anbieter von digitalen Befragungstools
- Erstellung UseCase
- Antrag internes Projektboard
- Konzepterstellung

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

### 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):

- Gesamtpital: 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
- 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 Qualitäts-, Risiko- und Prozessmanagement ist dabei eine wichtige Unterstützung und verbindet mit diesem ganzheitlichen Ansatz alle Bereiche innerhalb des Spitals.

Das Berichtsjahr 2022 stand im Zeichen verschiedener Umbrüche und Weiterentwicklungen im KSGR. Die Übernahme von Walenstadt rückte immer näher und umfassende Vorbereitungen für eine erfolgreiche Übernahme wurden getroffen. Erwartungsvoll blickten die Mitarbeitenden der zukünftigen Zusammenarbeit entgegen. Ausserdem organisierten sich verschiedene Abteilungen, aufgrund strategischer Überlegungen, neu. Obwohl ein ereignisreiches Jahr hinter dem KSGR liegt, verloren die Mitarbeitenden nie das Ziel der qualitativ hochstendenden Leistungserbringung und Patientenversorgung aus den Augen und entwickelten die Qualitätsziele weiter.



Chur, im April 2023

Monica von Toggenburg

Vorsitzende der Kommission für Qualitäts- und Risikomanagement/Qualitäts- und Risikobeauftragte (in dieser Funktion bis 31.01.2023)

Mitglied der Geschäftsleitung

Barbara Gubler

Leiterin Qualitäts- und Prozessmanagement

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

### Akutsomatik

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

Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
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 2022 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 Wundinfektmonitoring SwissNOSO
- 1.5. Registrierung im SIRIS-Knie-, Hüft- und Spine-/Implantatregister

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

- 2.1. Die Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit 2020 sind geprüft und - wo sinnhaft - in Umsetzung (inklusive Ergebnisse Überwachungsaudit 2021).
- 2.2. Es hat mindestens eine interne Auditschulung stattgefunden und interne Audits sind durchgeführt.
- 2.3. Das Überwachungsaudit 2022 ist erfolgreich absolviert.

### 3. Umfragen

- 3.1. Das Grobkonzept Umfragen KSGR ist durch die GL verabschiedet. Der Teilbereich Patientenzufriedenheit ist initiiert.

### 4. Integrales Risikomanagement

- 4.1. Der Prozess Risk Assessment ist hinsichtlich Datenqualität verbessert worden und wird KSGR-weit durchgeführt.
- 4.2. Der Risikobericht 2022 ist erstellt.

### 5. Zusammenlegung Qualitäts- und Risikomanagement und Prozess- und Leanmanagement

- 5.1 Anpassung Funktionsbeschriebe AQRM und Qualitäts- und Risikokoordinatoren

Erstellt von: AQRM	Erstelldatum: 05.01.2022	Thema: Jahresziele 2022 KQRM	Freigabe durch: GL KQRM	Freigabe am: 07.03.2022 10.02.2022	Gültig ab: 07.03.2022	<b>QM</b>
Gültigkeitsbereich: KSGR QRM	Version: 1.0	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).