



**Kantonsspital Glarus**

# **Qualitätsbericht 2019**

## Impressum

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

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Frau  
Priscilla Lüthi  
Qualitätsbeauftragte  
055 646 31 75  
[priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	16
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	18
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	20
5.3 Eigene Befragung .....	22
5.3.1 Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept .....	22
5.3.2 Sturzstatistik im KSGL .....	23
5.4 Beschwerdemanagement .....	24
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>25</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>25</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	25
<b>10 Operationen</b> ANQ bietet die Messung leider nicht mehr an.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>29</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	29
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>30</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	30
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>32</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	32
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

17	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>34</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	34
18.1.1	Aktuelle Projekte .....	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 .....	34
18.2.1	Abgeschlossenes Projekt.....	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	34
18.3.1	SanaCERT .....	34
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>35</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>36</b>
Akutsomatik .....		36
<b>Anhang 2</b> .....		<b>38</b>
<b>Herausgeber</b> .....		<b>39</b>

## 1 Einleitung

Wir freuen uns, Ihnen Informationen über das Kantonsspital Glarus (KSGL) und über unsere Aktivitäten zu Gunsten der Qualität unserer Dienstleistungen und der Patientensicherheit zu vermitteln.

Das KSGL stellt seit über 130 Jahren die Spitalversorgung für die rund 40'000 Einwohner des Kantons Glarus sicher. Dabei erbringt es rund 5'000 stationäre und 25'000 ambulante Fälle. Wie Anhang 1 in diesem Qualitätsbericht zeigt, ist das Leistungsspektrum für ein Grundversorgungsspital äusserst breit. Deshalb verwundert es auch nicht, dass der Schweregrad im Jahr 2019 bei hohen 1.007 liegt und damit gegenüber dem Vorjahr noch einmal gestiegen ist. Das KSGL ist mit seinen rund 600 Mitarbeitenden der grösste private Arbeitgeber im Kanton Glarus. 215 Personen haben eine Aus-, Weiterbildungs- oder Praktikumsstelle besetzt.

Im 2019 hat SanaCERT Suisse anlässlich eines Überwachungsaudits dem KSGL erneut ein hervorragendes Qualitätsmanagement attestiert. Im Rahmen des Anerkennungsverfahrens durch den Interverband für Rettungswesen (IVR) wurde der Rettungsdienst überprüft. Dieses Audit ist sehr erfolgreich und mit Erneuerung des Zertifikates abgeschlossen worden. Die SanaCERT-Zertifizierung des Gesamtsitals oder die IVR-Anerkennung des Rettungsdienstes sind nur zwei Beispiele einer umfassenden, integrierten Qualitätsarbeit.

Erfahren Sie in diesem Bericht im Detail, wie wir Qualität verstehen, wie wir sie messen, welche Ergebnisse wir erreichen und welche Ziele wir anstreben. Ihr Interesse an unserer Qualität und an unserem Spital freut uns sehr.

Für Fragen zum vorliegenden Qualitätsbericht steht Ihnen Frau Priscilla Lüthi, Qualitätsbeauftragte, [priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch), gerne zur Verfügung. Den Qualitätsbericht und auch den Jahresbericht finden Sie auf unserer Website: [www.ksgl.ch](http://www.ksgl.ch). Schliesslich finden Sie auch via [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) nützliche Informationen zur Qualität am KSGL. Qualitätstransparenz ist unser Ziel.

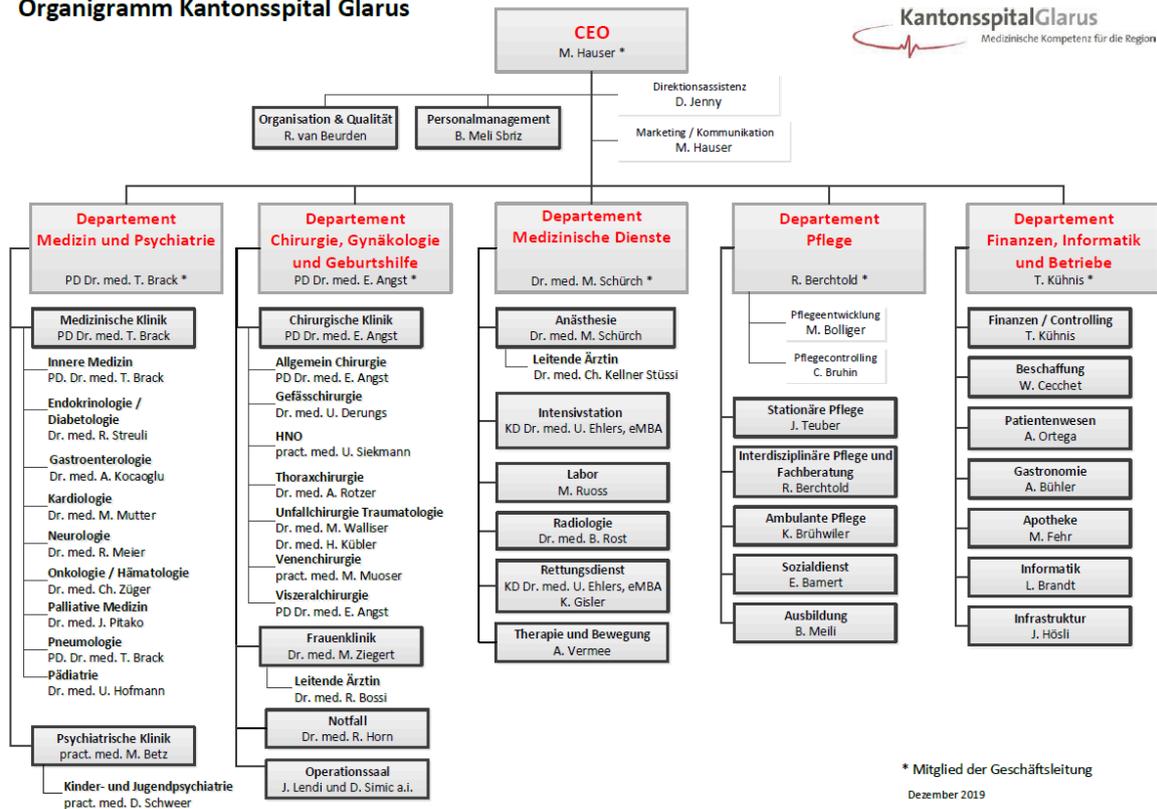
Glarus, 1. Mai 2020  
lic. oec. HSG Markus Hauser, CEO

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Organigramm Kantonsspital Glarus



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Priscilla Lüthi  
Qualitätsbeauftragte  
055 646 31 75  
[priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Die gesellschaftliche Diskussion um die Qualität von medizinischen Leistungen hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen:

- Anspruch an die Transparenz der medizinischen Qualität
- Qualitätskriterien als Vorgaben für Leistungserbringung
- Qualität wird hinterfragt

Die Qualitätsstrategie wird am KSGL von der Vision bis hin zu den Jahreszielen konsequent abgebildet:

#### *Auf Ebene Leitbild – Mission*

«Das KSGL steht für eine gute Qualität. Es ist medizinisch kompetent, sei dies als diagnostizierender, behandelnder oder triagierender Leistungserbringer».

#### *Auf Ebene Leitbild - Werte*

«Wir setzen unsere Ressourcen für eine hohe Qualität ein».

#### *Auf Ebene Strategie*

Auf der Strategielandkarte ist die 'medizinische Qualität' als eines von 12 strategischen Zielen abgebildet. Dieses strategische Ziel ist wie folgt umschrieben:

*«Die Behandlungs- und Pflegequalität im KSGL richtet sich nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie nach anerkannten nationalen Standards. Zur Überwachung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nehmen wir an nationalen Messprogrammen teil und führen ein CIRS».*

#### *Auf Ebene Jahresziele (Umsetzung)*

Im 2018 wurde das Konzept 'patientenbezogene Qualität' entwickelt und verabschiedet. Die Umsetzung läuft. Unter patientenbezogene Qualität sind Leistungen, Prozesse und Tätigkeiten entlang des Patientenbehandlungspfades subsumiert. Themen der patientenbezogenen Qualität sind:

##### *Nicht medizinische Leistungen am Patient*

- . Kritische Ereignisse
- . Hygiene / Sauberkeit
- . Lebensmittelqualität
- . Informationen
- . Organisation / Struktur
- . Sicherheit

##### *Medizinische Leistungen am Patient*

- . Infektionen
- . Medikamente
- . Schmerz
- . Kritische Ereignisse
- . Hygiene
- . Information/ Aufklärung
- . Organisation / Struktur
- . Sicherheit
- . Behandlungsergebnisse
- . Komplikationen

Das Konzept zeigt auf,

- wie das patientenbezogene Qualitätsmanagement am KSGl organisiert ist (Q-Organisation): Organigramm, Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten
- wie das Qualitätscontrolling ausgestaltet ist: Planung, Zielsetzung und -überprüfung, Koordination und Lenkung
- wie sich das Qualitätsmanagement ins Führungssystem KSGl integriert
- was unter dem PDCA-Kreislauf zu verstehen ist
- wie über das Qualitätsmanagement auf welcher Stufe kommuniziert wird (Q-Reporting)

Für das Jahr 2019 hat die Geschäftsleitung insgesamt rund 40 Qualitätsindikatoren definiert, die es zu bearbeiten gilt. Für jeden Qualitätsindikator werden zumindest Messungen durchgeführt. Die meisten Messungen führen zu einem PDCA-Kreislauf, sofern der Messwert von einer definierten Soll-Grösse abweicht. Leider müssen wir aus regulatorischen Gründen auch Messungen durchführen, die für einen Verbesserungsprozess nicht geeignet sind. Wir entscheiden in solchen begründeten Fällen, dass wir auf einen PDCA-Kreislauf verzichten.

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

### **3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019**

- Bedingt durch zwei Austritte im Führungsbereich Organisation und Qualität standen die notwendigen Ressourcen für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements nicht zur Verfügung. Das KSGl musste sich auf die Fortführung und Aufrechterhaltung der bereits eingeführten Qualitätsaktivitäten konzentrieren.
- Jedes Departement hat auf der Grundlage der Mitarbeiter-Zufriedenheitsmessung Massnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit umgesetzt.
- Eine Inspektion durch swissmedic auf der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte; Sterilisationsabteilung) wurde zum Anlass genommen, Verbesserungen zu etablieren und ein umfassendes Qualitätsmanagement für die AEMP aufzubauen.
- Patientensicherheit: Verschiedene Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sind umgesetzt. Anlässlich des Internationalen Tages der Patientensicherheit sendet Radio Central verschiedene Beiträge aus dem Kantonsspital Glarus rund um das Thema «Patientensicherheit». Beispiele: Für die Pflege wurde im Rahmen eines nationalen Projektes ein Raum des Horrors eingerichtet. Darin sind Handlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit geübt worden. In der Chirurgie sind im Bedarfsfall Mortality and Morbidity-Konferenzen durchgeführt worden.
- Nach der Rezertifizierung SanaCERT im Jahr 2017 wurde im 2018 der Standard 23 'Risikomanagement' durch den Standard 18 'Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten' ersetzt. Die Entwicklungsarbeit für diesen anspruchsvollen Standard wurde aufgenommen.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Gemäss einer ständig durchgeführten Messung ist die Patientenzufriedenheit auf allen Abteilungen sehr hoch; die Zufriedenheitsziele sind überall übertroffen worden.
- In 5 von 6 schweizweit abgefragten Themen (Messung ANQ) sind die Patienten am KSGL zufriedener als im schweizerischen Durchschnitt.
- Die Rehospitalisationsrate ist gesunken und liegt unter dem schweizerischen Durchschnitt.
- Der Interverband für Rettungswesen (IVR) hat den Rettungsdienst auditiert, wofür umfassende Vorbereitungsarbeiten notwendig waren. Anfangs 2020 hat der IVR den Rettungsdienst KSGL gestützt auf den positiven Bericht des Expertenbesuchs ohne Auflagen anerkannt.
- Das Audit durch SanaCERT in Bezug auf das Qualitätsmanagement ist erfolgreich durchgeführt worden.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Bedeutung der medizinischen Qualität wird zunehmen. Die vom Parlament vorgesehene eidgenössische Qualitätskommission wird den Druck auf Qualitätsmanagementsysteme verstärken. Konsequenterweise wird auch der Aufwand für das Qualitätsmanagement weiter steigen: Qualität messen, Qualität verbessern und Qualitätsinformationen transparent zu den unterschiedlichen Empfängern transportieren ist extrem komplex und aufwändig. Ein unbestrittenes Patentrezept dazu gibt es nicht. Das KSGL ist zu klein, um solche Rezepte selbst zu erarbeiten. Es muss definierte Messungen (wie beispielsweise von ANQ) durchführen oder Qualitätsprogramme (wie beispielsweise von der Stiftung Patientensicherheit) übernehmen. Und trotzdem - die Umsetzung bleibt heute am KSGL und bindet Ressourcen.

Ein von mehreren Spitälern gemeinsam getragenes Qualitätsinstitut könnte ein professionelles Qualitätsmanagement aufbauen. Instrumente und Methoden müssten einmal entwickelt werden, Lösungen zur Qualitätsverbesserung könnten ausgetauscht und wenn nötig den spitalspezifischen Eigenheiten angepasst werden. Spezialisierungen beispielsweise für SanaCERT, für CIRS, für ANQ-Messungen und anderes mehr könnten aufgebaut werden.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</li> </ul> </li> <li>– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie</li> </ul>

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept</li><li>▪ Sturzstatistik im KSGL</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### Patienteninformation

<b>Ziel</b>	Die Patienteninformation ist so organisiert, dass sie den künftigen betriebswirtschaftlichen und qualitätsbezogenen Ansprüchen gerecht wird. Der Patient fühlt sich während seinem Aufenthalt sicher und ernstgenommen in seinen Belangen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Sichere Medikation

<b>Ziel</b>	Die Medikationssicherheit ist erhöht.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

<b>Ziel</b>	Abklärung, Behandlung und Betreuung im Notfall gehört zu den Kernprozessen des KSGL. Der Standard ist darauf ausgelegt, dass diese Kernprozesse am KSGL beschrieben und verbindlich festgelegt sind.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Notfallstation
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Schmerz

<b>Ziel</b>	Es ist das Ziel, eine optimale Schmerzbehandlung für den Patienten zu erreichen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

## Stationäre Palliative Care

<b>Ziel</b>	Stationäre Palliative Care Einheit mit optimalem Behandlungspfad.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Abteilung
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

## CIRS

<b>Ziel</b>	Prozesse sind umgesetzt und das CIRS wird aktiv gepflegt.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

## Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

<b>Ziel</b>	Akut verwirrte Patienten sind eine grosse Herausforderung für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und für das Unternehmen. Selbst-, Fremdgefährdung und massive Störungen des gemeinschaftlichen Lebens sind Folgen und müssen verhindert werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

### 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 2003 ein CIRS eingeführt.

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

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

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2009
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	1999
<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>	2009
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2012
<b>SIOLD</b> SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois <a href="http://www.siold.ch">www.siold.ch</a>	2010
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2009
<b>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>	2015

Viszeralchirurgie			
<b>KR GG</b> Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	<a href="http://www.ksg.ch/krebsregister.aspx">www.ksg.ch/krebsregister.aspx</a>	2009

#### 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
QualiCERT	SanaTrain Physiotherapie	2003	2017	
SanaCERT	Gesamtes Spital	2003	2017	
SGI	Intensivstation	2013	2019	Einfache Rezertifizierung nach Leitungswechsel und Einreichung des Dossiers. Die ursprüngliche Gültigkeit des Zertifikats wird bestätigt.
IVR	Rettungsdienst	2015	2019	Das Anerkennungsverfahren läuft. Der positiver Entscheid folgt im 2020.
SAKR	Ambulante Herzreha	2014	2014	Die Dokumentation für den Nachweis der Mindestanforderung wird jährlich eingereicht.

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.17	4.17	4.26 (4.14 - 4.38)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.62	4.56	4.61 (4.48 - 4.74)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.56	4.59	4.55 (4.43 - 4.66)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.55	4.59	4.55 (4.39 - 4.71)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.05	4.02	4.04 (3.89 - 4.19)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.50 %	93.18 %	87.40 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			309
Anzahl eingetreffener Fragebogen	145	Rücklauf in Prozent	47.2 %

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

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

## 5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Im Jahr 2018 wurde die Befragung dann bereits im Frühjahr durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

### Messergebnisse

Fragen		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?		4.06 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?		4.61 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.29 (0.00 - 0.00)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?		3.39 (0.00 - 0.00)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?		3.92 (0.00 - 0.00)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?		4.23 (0.00 - 0.00)
Anzahl angeschriebene Patienten 2018		35
Anzahl eingetreffener Fragebogen	18	Rücklauf in Prozent 51.4 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert

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

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

#### Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Der CI wird nicht angegeben, wenn weniger als 20 Antworten ausgewertet werden konnten. Diese Ergebnisse müssen mit Vorsicht interpretiert werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

### 5.3 Eigene Befragung

#### 5.3.1 Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept

Ziel ist es, die Zufriedenheit der stationären Patienten abteilungs- und berufsbezogen monatlich zu ermitteln. Die Fragen orientieren sich an der Patientenbefragung ANQ.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt. Ganzes Spital. Sämtliche stationären Akutpatienten werden befragt.

Die Ergebnisse werden monatlich auf dem Intranet veröffentlicht. Sie werden nur für die interne Steuerung verwendet.

### Patientenzufriedenheit



Ewertungsbereiche	Qualitäts-Index
Gesamteindruck	92.9%
Ärzte Chirurgie	95.4%
Ärzte Gynäkologie	96.7%
Ärzte Medizin	93.0%
Nofallstation	89.1%
Anästhesie	94.9%
Pflege	94.2%
Verpflegung / Administration	90.5%



Q- Index, Gesamtspital

**93.3%**

Sollwert 80%

Rücklaufquote Gesamtspital

**31.9%**

Sollwert 35%

	2019
Total abgegebene Fragebögen	4'240

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

### 5.3.2 Sturzstatistik im KSGL

Ziel ist es die Stürze auf den verschiedenen Abteilungen zu minimieren. Jeder einzelne Sturz wird anhand eines internen standardisierten Protokolls erfasst und daraus die ersten Massnahmen ergriffen. Anhand der gesammelten Protokolle können weitere Massnahmen zur Prävention analysiert werden.

Die Ergebnisse werden nur für die interne Steuerung verwendet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.



Stationäre behandelte Patienten/innen im KSGL		
Erfassungszeitraum	Patienten-Jahreszahlen (Fallzahlen)	Stürze
1.01.2016 - 31.12.2016	gesamt inkl. Psychiatrie <u>n 5050</u> (ohne Psychiatrie n 4913)	<b>105 Stürze</b> (auf 5050 Patienten)
1.01.2017 - 31.12.2017	gesamt inkl. Psychiatrie <u>n 4928</u> (ohne Psychiatrie n 4783)	<b>123 Stürze</b> (auf 4928 Patienten)
1.01.2018 - 31.12.2018	gesamt inkl. Psychiatrie <u>n 5036</u> (ohne Psychiatrie n 4865)	<b>100 Stürze</b> (auf 5036 Patienten)
1.01.2019 - 31.12.2019	gesamt inkl. Psychiatrie <u>n 4765</u> (ohne Psychiatrie n 4605)	<b>114 Stürze</b> (auf 4765 Patienten)

Sturzprävention (Massnahmen vor einem Sturz)						
		Medikation	Umgebungs-Faktoren	Kleidung	Hilfsmittel	Gehtraining
		Häufigkeit n / % 2019				
Gültig	ja	19 / 16.7	66 / 57.9	44 / 38.6	70 / 61.4	38 / 33.3
	nein	95 / 83.3	48 / 42.1	70 / 61.4	44 / 38.6	76 / 66.7
	Gesamt	114 / 100	114 / 100	114 / 100	114 / 100	114 / 100
<b>Neue Variable seit 2019</b> Es wurde geschaut, welche Präventionsmassnahmen wurden vom Pflegefachpersonal durchgeführt						

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

## 5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Kantonsspital Glarus AG**

Lüthi Priscilla

Qualitätsbeauftragte

055 646 31 75

[priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch)

Dienstag und Donnerstag

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	-	7.90%	9.40%
Verhältnis der Raten*	0.98	1.07	1.16	0.79
Anzahl auswertbare Austritte 2017:				3472

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

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

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

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	7	1	0.00%	0.00%	0.00%	9.50% (0.00% - 31.20%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	35	6	20.10%	12.50%	11.50%	12.90% (1.80% - 24.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	112	1	3.30%	0.90%	0.00%	0.40% (0.00% - 1.60%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	69	0	0.00%	20.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

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

Wie sich im Nachhinein herausstellte, wurden in der Messperiode 2016 nur 5 von 137 intern dokumentierten Eingriffen von Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen übermittelt und ergo auch ausgewertet. Von diesen 5 Fällen erlitt eine Person eine Wundinfektion, was die Infektionsrate von 20% ergibt. Hätten alle Fälle in die Auswertung eingeschlossen werden können, wäre die Rate erfahrungsgemäss tiefer ausgefallen. Die Rate von 20% entspricht mit Sicherheit nicht der effektiven Rate.

**Angaben zur Messung**

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	1	1	3
In Prozent	6.70%	2.60%	1.90%	5.10%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	60	Anteil in Prozent (Antwortrate)		80.00%

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

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

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

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

## 13 Wundliegen

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

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

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

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

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	2	1	1.70%
	Residuum*, Kategorie 2-4		0	0		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019	60	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			80.00%	

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

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

#### Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2015	2016	2017	2018
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	13.39	11.91	12.75	10.53
Standardabweichung (+/-)	4.17	4.87	6.63	4.57
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	5.16	3.27
Anzahl auswertbare Fälle 2018				90
Anteil in Prozent				53.6 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2015	2016	2017	2018
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	39.22	27.80	35.20	45.81
Standardabweichung (+/-)	28.30	33.62	42.68	32.88
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	6.05	17.34
Anzahl auswertbare Fälle 2018				39
Anteil in Prozent				23.2 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

\* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Aktuelle Projekte

- Aufbau einer Publikumsapotheke
- Umbau OPS inkl. Erneuerung AEMP
- KIS-Migration / KIS-Ablösung (KIS = Klinikinformationssystem)
- SanaCERT Standards gemäss Kapitel 4.4.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

#### 18.2.1 Abgeschlossenes Projekt

- Aufbau einer Notfallpraxis am Wochenende geführt von den Hausärzten
- Aufbau Qualitätsmanagement AEMP (Zentralsterilisation)

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 SanaCERT

Das Überwachungsaudit wurde im November 2019 durchgeführt.

Folgende vier Standards wurden überprüft:

- Qualitätsmanagement
- Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Umgang mit verwirrten Patientinnen und Patienten
- Sichere Medikation

## 19 Schlusswort und Ausblick

Während ich diese Zeilen schreibe, ist die Corona-Krise am Abflachen, niemand weiss, ob sie sich noch einmal aufbäumen wird. Das Kantonsspital Glarus hat sich wie viele andere Spitäler auch auf einen Ansturm von COVID-Patienten vorbereitet. Im Wesentlichen ging es darum, möglichst viele Mitarbeitende für die Behandlung und Betreuung von COVID-Patienten frei zu halten. Dazu musste sich das Spital auf das absolut Notwendigste konzentrieren. Davon ist auch das Qualitätsmanagement betroffen. Umfragen, Inspektionen und Audits wurden verschoben, Projektarbeiten wurden weitgehend eingestellt, Sitzungen und Schulungen abgesagt oder auch auf das Verfassen dieses Qualitätsberichts wurde vorerst verzichtet.

Wir haben unsere Kräfte auf die direkte Patientenarbeit konzentriert. Die langjährige und berechtigte Forderung nach 'mehr Zeit für den Patienten haben' konnte auf wundersame Weise plötzlich erfüllt werden. Ob von diesem Schritt in die richtige Richtung wenigstens ein paar Zentimeter für die Zukunft gerettet werden können, bleibt abzuwarten. Dabei wäre jetzt der ideale Zeitpunkt, sich zu überlegen, was für eine gute Patientenversorgung wirklich notwendig, hilfreich und unverzichtbar wäre. Beispielsweise: Braucht es den vorliegenden Qualitätsbericht wirklich? Braucht es all die Zertifizierungen und Audits? Auf welche Messungen kann verzichtet werden? Klar ist, dass viele Vorgaben im Qualitätsmanagement von aussen gesteuert sind und durch das Spital gar nicht beeinflusst werden können. Wenn also ein Spital wie das Kantonsspital Glarus Lehren aus der Coronazeit ziehen möchte, stösst es immer wieder an Vorgaben des Gesetzgebers, der Fachgesellschaften oder der Versicherer an. Es ist nicht frei, aus Kosten-Nutzen-Überlegungen Verzichtbares wegzulassen.

Derzeit wird eine Revision der KVV zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit vernehmlasst. Dass diese 'Qualitätsverordnung' mehr Qualitätsmanagement in die Spitäler bringen und zusätzliche Ressourcen binden wird, liegt auf der Hand. Ob sie dann auch die Ergebnisqualität und die Patientenversorgung verbessern wird, wage ich persönlich zu bezweifeln. Der Druck auf das Qualitätsmanagement wird jedenfalls in den Spitälern weiterhin zunehmen.

Glarus, 19. Mai 2020, lic. oec. HSG Markus Hauser, CEO

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

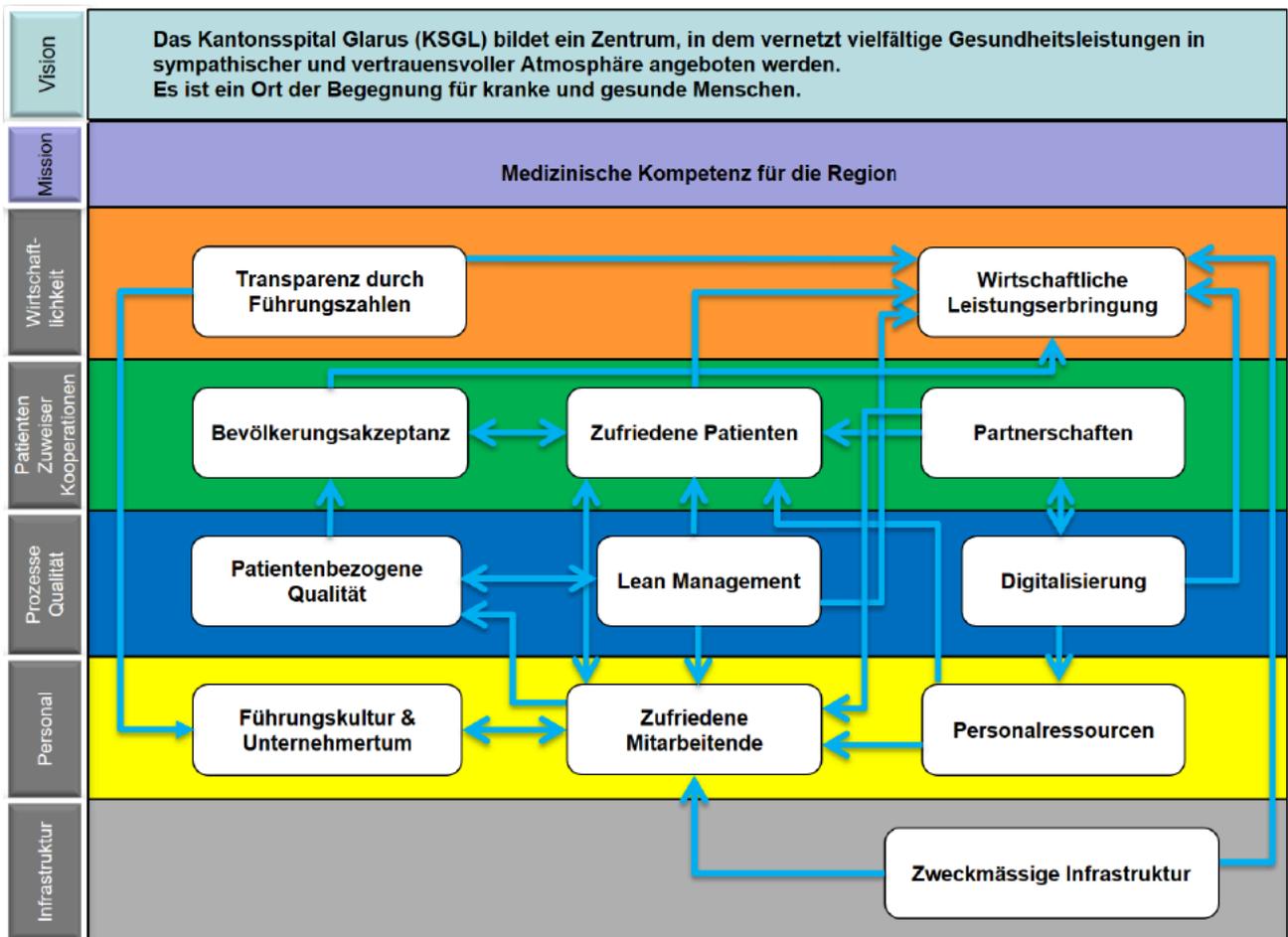
Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<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)
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
<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
Knochentumore
Plexuschirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)

**Strategielandkarte 2019**



## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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