



Qualitätsbericht 2018

Kantonsspital Glarus AG
Burgstrasse 99
8750 Glarus

Nach den Vorgaben von H+ qualité®

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 2018.

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 2018

Herr
Markus Hauser
CEO
055 646 31 00
markus.hauser@ksgl.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitler testeten das Interventionsbndel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualittsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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](#)) hnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem 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, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grösse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
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	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	19
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	21
5.3 Eigene Befragung	21
5.3.1 Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept	21
5.4 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	23
7.1 Eigene Befragung	23
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung MECON	23
8 Zuweiserzufriedenheit	25
8.1 Eigene Befragung	25
8.1.1 Mündliche, strukturierte Befragung der zuweisenden Ärztinnen / Ärzte	25
8.1.2 Speak-up	25
Behandlungsqualität	26
9 Wiedereintritte	26
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	26
10 Operationen ANQ bietet die Messung leider nicht mehr an.	
11 Infektionen	27
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	27
12 Stürze	30
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	30
13 Wundliegen	31
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	31
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Psychische Symptombelastung	33
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	33

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	35
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	35
18.1.1	Aktuelle Projekte	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	35
18.2.1	Abgeschlossenes Projekt	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	35
18.3.1	SanaCERT	35
19	Schlusswort und Ausblick	36
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	37
	Akutsomatik	37
	Anhang 2	39
	Herausgeber	40

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 2018 bei hohen 0.955 liegt und damit gegenüber dem Vorjahr noch einmal gestiegen ist. Das KSGL ist mit seinen rund 600 Mitarbeitenden - davon sind rund 80 in Ausbildung - der grösste private Arbeitgeber im Kanton Glarus.

Im 2018 hat SanaCERT Suisse anlässlich eines Überwachungsaudit dem KSGL erneut ein hervorragendes Qualitätsmanagement attestiert. Die SanaCERT-Zertifizierung ist nur ein Beispiel der umfassenden, integrierten Qualitätsanstrengungen am KSGL. In einem strukturierten Konzept 'patientenbezogene Qualität' sind für 2018 insgesamt 40 (!) Qualitätsindikatoren bearbeitet worden. Diese 40 Indikatoren wurden in 10 Qualitätsdimensionen aufgeteilt:

- Schmerz
- Medikamente
- Infektionen
- Komplikationen
- Behandlungsergebnisse
- Strukturen / Organisation / Prozesse
- Kritische Ereignisse
- Information / Abklärung
- Hygiene
- Patientenzufriedenheit

Mit der Fülle an Qualitätsaktivitäten sind alle relevanten Qualitätsthemen bearbeitet worden. Dies erfordert von allen Beteiligten ein äusserst hohes Mass an Engagement und Arbeitszeit. Bei praktisch allen bearbeiteten Qualitätsindikatoren werden Ergebnisse gemessen. Weichen diese von der angestrebten Zielgrösse ab, werden Massnahmen definiert und umgesetzt (PDCA-Kreislauf). Der Aufwand für die Qualitätsarbeit am KSGL nimmt Jahr für Jahr zu. Dieselbe Entwicklung findet auch in anderen Spitälern statt. Und trotzdem werden Spitäler in letzter Zeit vermehrt von Politik, Bundesämtern, Krankenversicherern und anderen pauschal für mangelnde Qualitätsarbeit angeklagt. Der steigende Aufwand, den die Spitäler eigenverantwortlich für das Qualitätsmanagement aufbringen, und die öffentliche Wahrnehmung über mangelnde Qualität klaffen diametral auseinander.

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 Herr Markus Hauser, CEO, (markus.hauser@ksgl.ch) gerne zur Verfügung. Den Qualitätsbericht und auch den Jahresbericht finden Sie auf unserer Homepage: www.ksgl.ch. Schliesslich finden Sie auch via www.spitalinformation.ch nützliche Informationen zur Qualität am KSGL. Qualitätstransparenz ist unser Ziel.

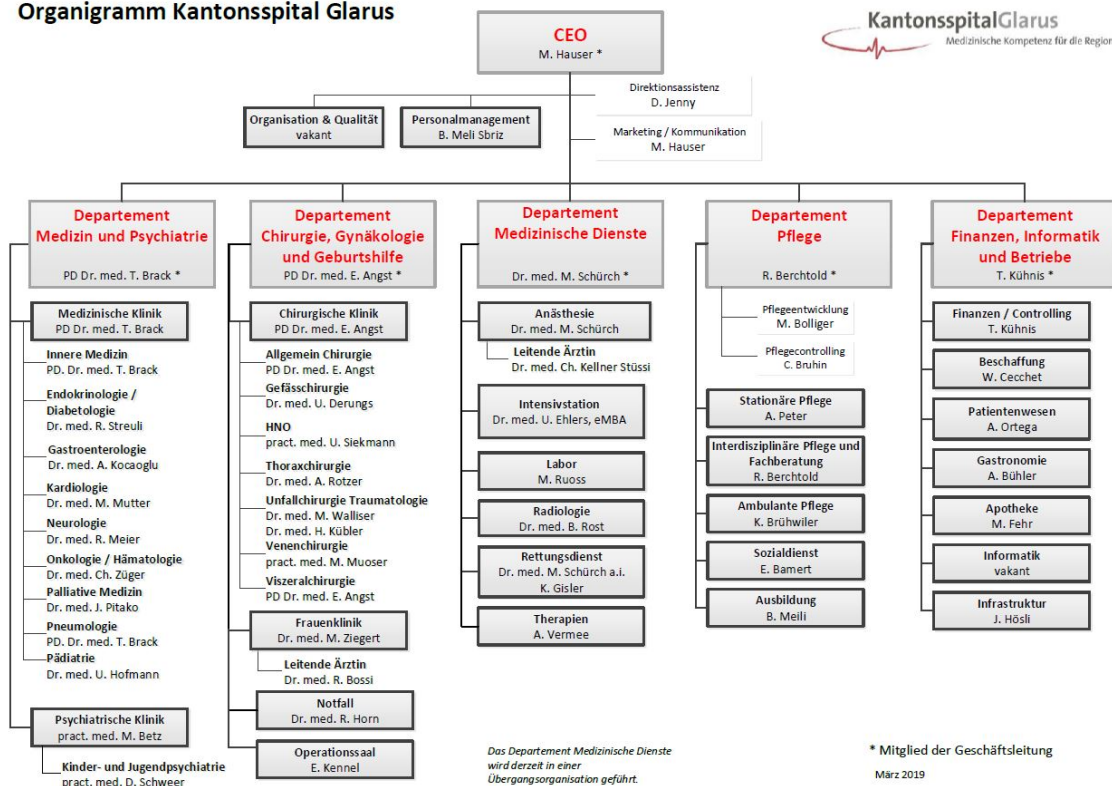
Glarus, 1. Mai 2019
Markus Hauser, CEO

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm Kantonsspital Glarus



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabstelle dem CEO unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Markus Hauser

CEO

055 646 31 00

markus.hauser@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 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. Das heisst wir wissen von Anfang an, dass aus der Messung kein PDCA-Kreislauf ausgelöst wird.

Beispiel: Qualitätsindikator **mit** PDCA-Kreislauf: Wundinfekte

Gemessen werden die Infektionsraten bei Appendektomie, Colon, Sectio und Knie-Prothetik. Ein PDCA-Kreislauf wird in Gang gesetzt, sofern der am KSGl gemessene Wert höher ist als der Schweizerische Durchschnitt.

Beispiel: Qualitätsindikator **ohne** PDCA-Kreislauf: Patientenzufriedenheit Psychiatrie nach Vorgaben von ANQ

Gemäss externen Vorgaben wird die Patientenzufriedenheit Psychiatrie während dreier Monate gemessen. Selbst bei einem überdurchschnittlich hohen Rücklauf werden wir kaum mehr als 20 Fragebogen auswerten können. Im Jahr 2017 waren es deren fünf. Die tiefen Erhebungszahlen erlauben es nicht, systematische und verlässliche Schlüsse zu ziehen, um daraus Massnahmen ableiten zu können.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Um aus dem Qualitätsmanagement noch konsequenter und strukturierter Nutzen ziehen zu können, wurde ein Konzept 'patientenbezogene Qualität' (vgl. unten) erarbeitet und umgesetzt.
- Die Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage wurde durchgeführt, analysiert und Massnahmen daraus abgeleitet.
- 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 2018

- Die Patientenzufriedenheit ist im Vergleich mit dem Schweizerischen Durchschnitt nach wie vor hoch.
- Die Sturz- und Dekubitusrate konnte dank gezielten Massnahmen gesenkt werden.
- Das Überwachungsaudit durch SanaCERT hat gezeigt, dass das Qualitätsmanagement auf einem guten Stand ist. Aus dem Audit musste weder eine Auflage noch eine Empfehlung ausgesprochen werden.
- Alle vorgegebenen ANQ-Messungen wurden durchgeführt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Wie eingangs erwähnt wird die Bedeutung der medizinischen Qualität zunehmen. 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 am KSGL und bindet Ressourcen.

Für jeden Qualitätsindikator – und es sind im Jahr 2019 deren 40 (!) definiert worden – braucht es konzeptionelle Vorarbeiten, um diese zu messen, zu überwachen, zu koordinieren: Prozesse mit Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen definiert werden. Die Organisation, Führung und Kommunikation muss sichergestellt sein. Erst wenn die Organisations-, Kommunikations- und Führungsaufgaben gelöst sind, können sich die Verantwortlichen zielorientiert mit den Inhalten beschäftigen. Dass all diese Aufgaben für sehr viele Qualitätsindikatoren durch jedes Spital autonom erbracht werden, ist nicht effizient und häufig auch nicht effektiv. Um die steigenden Anforderungen an das Qualitätsmanagement erfüllen zu können, sind Kooperationen unter mehreren Spitälern zu prüfen. 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.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	
<i>Akutsomatik</i>	
▪	Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪	Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪	Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪	Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪	Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
<i>Psychiatrie</i>	
▪	Erwachsenenpsychiatrie
–	Symptombelastung (Fremdbewertung)
–	Symptombelastung (Selbstbewertung)
–	Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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>
▪ Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheitsmessung MECON
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Mündliche, strukturierte Befragung der zuweisenden Ärztinnen / Ärzte
▪ Speak-up

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Patienteninformation

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

Risikomanagement

Ziel	Systeme zur Identifikation und Bewertung von Sicherheitsrisiken, zur Ergreifung allfälliger Massnahmen und zur Überprüfung ihrer Wirksamkeit sind eingeführt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

Sichere Medikation

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

Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

Ziel	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.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Notfallstation
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

Schmerz

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

Stationäre Palliative Care

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

CIRS

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

Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

Ziel	Akut verwirrte Patientinnen und 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.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
Projekte: Laufzeit (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/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2009
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1999
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	1990
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2009
Med. Stat. Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2012
SIOLD SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2010
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.publicdatabase.ch	2015

KR GG Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksgr.ch/krebsregister.aspx	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
SanaCERT	Gesamtes Spital	2003	2017	
QualiCERT	SanaTrain Physiotherapie	2003	2017	
SGI	Intensivstation	2013	2016	
IVR	Rettungsdienst	2015	2015	
SAKR	Ambulante Herzreha	2014	2014	

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 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Kantonsspital Glarus AG		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.17	4.17 (4.05 - 4.30)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.62	4.56 (4.43 - 4.69)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.56	4.59 (4.48 - 4.71)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.55	4.59 (4.44 - 4.75)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.05	4.02 (3.87 - 4.17)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.50	93.18 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		282
Anzahl eingetreffener Fragebogen	132	Rücklauf in Prozent 47 %

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

- Einmal mehr zeigt die Umfrage, dass unsere Patienten überdurchschnittlich zufrieden sind. Wie schon in den vergangenen Jahren schneiden wir in den meisten Fragen überdurchschnittlich gut ab.
- In allen Fragestellungen liegen unsere Durchschnittswerte zwischen der höchsten (5) und zweithöchsten (4) Bewertung.
- Gegenüber den letzten beiden Jahren ist einzig beim Empfinden über die Dauer des Spitalaufenthaltes ein Abwärtstrend feststellbar. Bei den übrigen Fragen verzeichnen wir Seitwärtsbewegungen auf hohem Niveau.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

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.

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

Die Messergebnisse 2018 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPÉ Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

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 vom Oktober 2018 bis unbefristet durchgeführt. Ganzes Spital. Sämtliche stationären Akutpatienten werden befragt.

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Ziel einer guten Patientenzufriedenheit wurde in allen Abteilungen und bei allen Berufsgruppen übertroffen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Glarus AG

Lüthi Priscilla

055 646 32 31

priscilla.luethi@ksgl.ch

Katharina Camen, Qualitätsbeauftragte, hat das Kantonsspital Glarus Ende 2018 verlassen. Ab 1.5.2019 wird Frau Lüthi das Beschwerdemanagement übernehmen.

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung MECON

Das Ziel der Befragung war es zu eruieren, wie zufrieden die Mitarbeitenden mit Ihrer Arbeit sind. Die Antworten dienen dazu, ein Gesamtbild über die Situation an den Arbeitsplätzen im KSGL zu gewinnen.

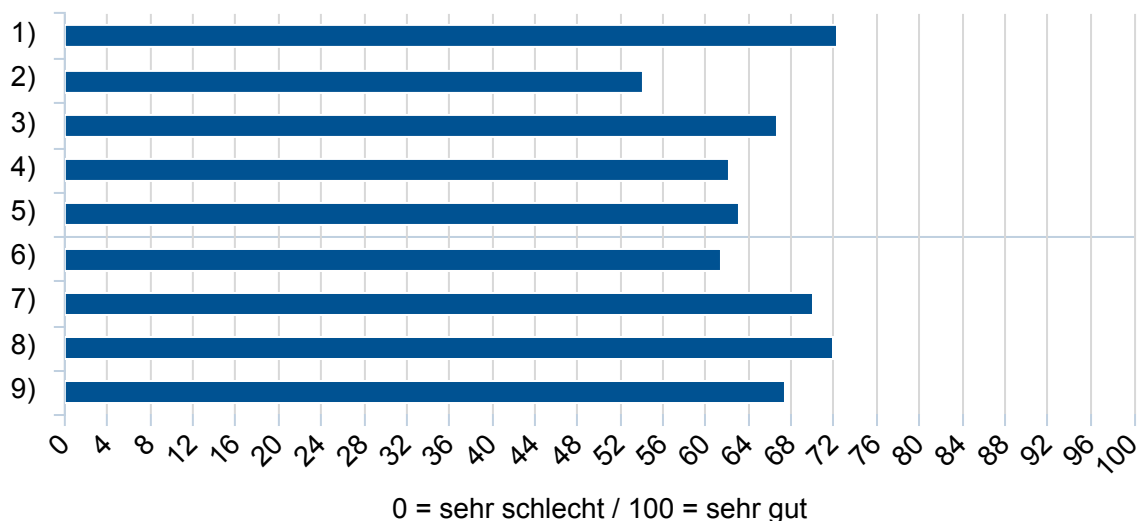
Daraus resultierend konnten spezifische Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom April 2018 bis Mai 2018 durchgeführt. Sämtliche Mitarbeitenden wurden befragt.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Arbeitsinhalt
- 2) Lohn
- 3) Weitere Leistungen des Arbeitgebers
- 4) Arbeitszeit
- 5) Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 6) Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- 7) Team
- 8) Führung
- 9) Arbeitsplatz



■ Kantonsspital Glarus AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Glarus AG	72.20	54.20	66.70	62.20	63.10

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Fragen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)		
Kantonsspital Glarus AG	61.40	70.00	72.00	67.50	374	63.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Für jedes Departement wurden Massnahmen definiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Mündliche, strukturierte Befragung der zuweisenden Ärztinnen / Ärzte

Das Kantonsspital Glarus misst die Zuweiserzufriedenheit alle drei Jahre mit dem Ziel, den persönlichen Dialog mit unseren häufigsten Zuweiserinnen und Zuweisern zu stärken. Eine erste Erfassung der Zufriedenheit mittels standardisierten Interviews wurde 2017 durchgeführt. Diese wurden durch die Mitglieder der Geschäftsleitung und durch die Chefärzte durchgeführt. Mehrheitlich fand das Interview in der Praxis statt. Die Auswertung erfolgte im Jahr 2018.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom November 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt. Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Aus der Befragung wurden Massnahmen definiert. Diese werden laufend umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

8.1.2 Speak-up

Bei der Analyse von Fehlern in der Patientenversorgung gibt es immer wieder Situationen, in denen beteiligte Gesundheitsfachleute realisieren: Es besteht ein Risiko für die Patientensicherheit. Doch oft behält die Person die Bedenken für sich - oder wird nicht gehört. Die Stiftung "Patientensicherheit" hat einen Fragebogen entwickelt, mit dem das Speak-up Verhalten und die Speak-up-Kultur im Spital erfasst und letztlich auch verbessert werden kann. Das KSGL arbeitet seit 2018 mit diesem Fragebogen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Methode / Instrument	Speaking Up about patient safety questionnaire (SUPS-Q)

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 und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Glarus AG				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	-	7.90%	5.82%
Verhältnis der Raten*	0.98	1.07	1.16	1.12
Anzahl auswertbare Austritte:				4364

* 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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten 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 und www.swissnoso.ch

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

Messergebnisse

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	
Kantonsspital Glarus AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	10	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	24	4	5.10%	20.10%	12.50%	11.50% (1.20% - 24.30%)
Kaiserschnitt (Sectio)	123	0	1.80%	3.30%	0.90%	0.00% (0.00% - 0.00%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Kantonsspital Glarus AG						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	63	0	0.00%	0.00%	20.00%	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/.

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 (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 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, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Kantonsspital Glarus AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	1	1	1
In Prozent	6.10%	6.70%	2.60%	1.90%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	52	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/.

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. - Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. - Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 Schwerkraften.

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 und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Kantonsspital Glarus AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	2	0	0	2	3.80%
	Residuum*, Kategorie 2-4			0	0	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	52	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/.

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ 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). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 Adults (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

Messergebnisse

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

HoNOS Adults	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Glarus AG				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	11.03	13.39	11.91	12.75
Standardabweichung (+/-)	6.23	4.17	4.87	6.63
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	6.23	5.16

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Glarus AG				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	31.61	39.22	27.80	35.20
Standardabweichung (+/-)	33.75	28.30	33.62	42.68
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	4.48	6.05

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.

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
- Konzept 'patientenbezogene Qualität'

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Abgeschlossenes Projekt

- Aufbau einer pädiatrischen Praxis

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 SanaCERT

Das Überwachungsaudit wurde im November 2018 durchgeführt.

Folgende vier Standards wurden überprüft:

- Qualitätsmanagement
- Palliative Betreuung
- Patienteninformation
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen

19 Schlusswort und Ausblick

Nebst unserem hohen Engagement für eine hohe medizinische Qualität legen wir einen grossen Wert auf unsere gesellschaftliche Verantwortung. Unsere Strategie verlangt, dass wir nach aussen Vertrauen und ein positives Image schaffen und so eine hohe Akzeptanz bei der Bevölkerung erreichen. Dass wir dieses Ziel erreichen, lässt sich eindrücklich mit Zahlen belegen. Der Marktanteil des Kantonsspitals Glarus (KSGL) ist nach wie vor sehr hoch: 70% aller stationären Glarner Patienten werden am KSGL behandelt und betreut. Der Marktanteil bei den Leistungen, für die es einen Leistungsauftrag hat, liegt sogar bei 80%.

Das KSGL stellt zusammen mit anderen Leistungserbringern wie Hausärzten, Spitex oder Pflegeinstitutionen eine optimale und qualitativ gute Gesundheitsversorgung sicher. Neben den Spitalleistungen helfen wir nach Möglichkeit mit, wenn die Kapazitäten für die Grundversorgung der Bevölkerung an einen kritischen Punkt gelangen. So haben wir beispielsweise einen Leistungsauftrag für die ambulante Pädiatrie oder die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie übernommen, weil dieser zentrale Versorgungsbereich durch Private nicht mehr abgedeckt wird. In Glarus Süd, wo die Versorgung mit Hausärzten je länger je schwieriger wird, helfen wir im Rahmen unserer Möglichkeiten mit. Sogar Schuluntersuchungen werden teilweise durch das KSGL übernommen, weil die Hausärzte diese Leistung nicht mehr überall erbringen können. Oder wir übernehmen einen Teil des hausärztlichen Notfalldienstes, um die Hausärzte zu entlasten und deren Arbeit attraktiver zu gestalten. Wir tun dies, um die hohe Qualität der Grundversorgung zu erhalten.

In einem Betrieb mit 600 Mitarbeitenden und rund 30'000 Patientenfällen gibt es immer Verbesserungspotential oder Patienten, deren Erwartungen wir nicht erfüllen können. Wichtig – und das ist der zentrale Punkt im Qualitätsmanagement – ist, dass wir solche Abweichungen erkennen, daraus Massnahmen ableiten und lernen. Dies ist nur mit hoch motivierten, engagierten und zufriedenen Mitarbeitenden leistbar. Im 2019 wird das Team Organisation und Qualität vorübergehend personell unterbesetzt sein. Damit wird die Entwicklungsarbeit im Sinne des Qualitätsmanagements etwas eingeschränkt sein. Die Mitarbeitenden am Patient werden sich jedoch wie gewohnt mit voller Kraft für eine hohe medizinische Qualität einsetzen.

Unsere gesellschaftliche Verantwortung für eine hochstehende Grundversorgung ist hoch. Aktuelle Umfragen zeigen, dass unsere Patientinnen und Patienten sowie auch unsere Mitarbeitenden im Vergleich der Schweizer Spitäler überdurchschnittlich zufrieden sind. Darauf sind wir stolz.

Glarus, 1. Mai 2019
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 und im aktuellen Jahresbericht.

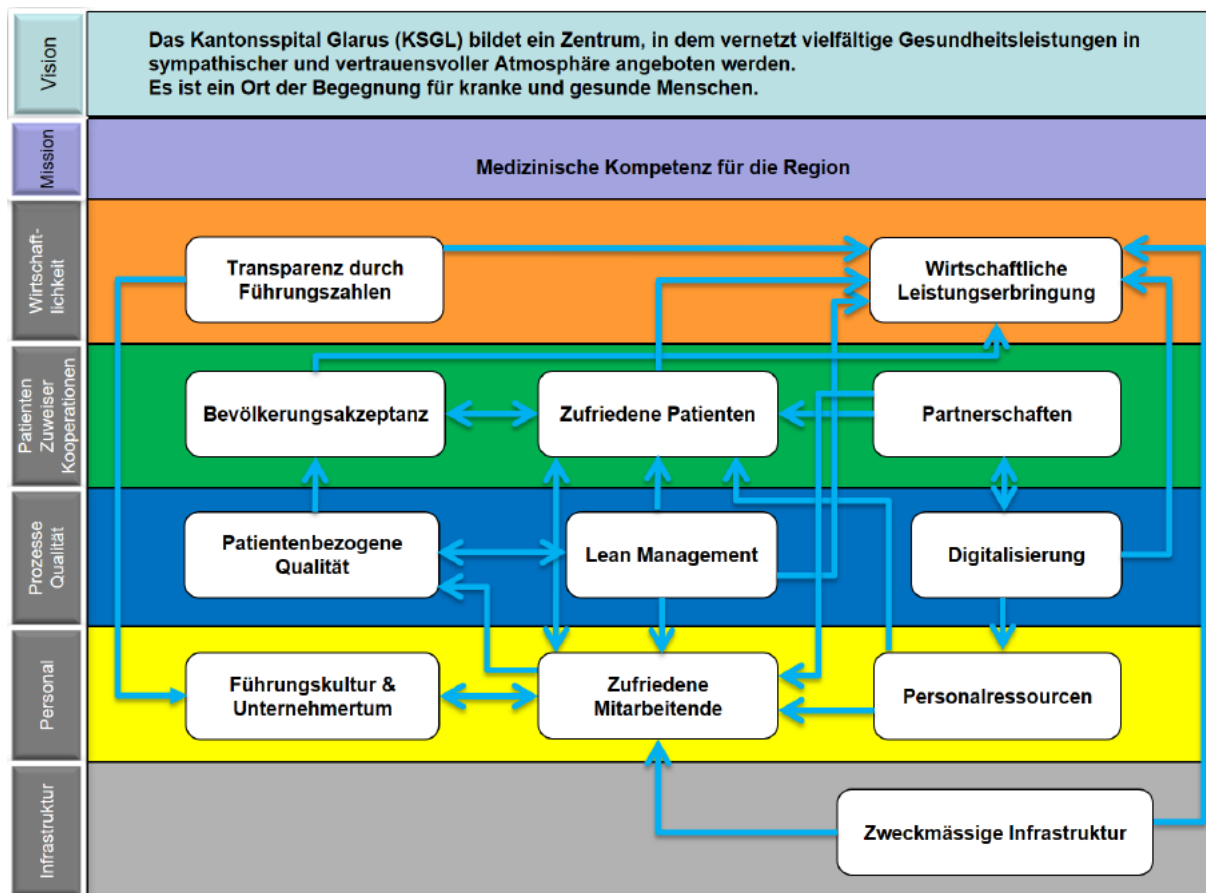
Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikulooplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz

Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq 2000g$)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Strategielandkarte; Stand 2018



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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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 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



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



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**).