



## Qualitätsbericht 2016

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 2016.

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 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.

## 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 2016

Katharina Camen  
Qualitätsbeauftragte  
055 / 646 31 75  
[katharina.camen@ksgl.ch](mailto:katharina.camen@ksgl.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / 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. Diese Publikationen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor 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 2016 .....                                                                    | 9         |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 .....                                                                               | 9         |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....                                                                                | 10        |
| <b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten .....</b>                                                                          | <b>12</b> |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....                                                                                           | 12        |
| 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen<br>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben             |           |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen .....                                                           | 13        |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....                                                                                          | 14        |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....                                                                                          | 16        |
| 4.5 Registerübersicht .....                                                                                                           | 17        |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht .....                                                                                                    | 18        |
| <b>QUALITÄTSMESSUNGEN .....</b>                                                                                                       | <b>19</b> |
| <b>Befragungen .....</b>                                                                                                              | <b>20</b> |
| <b>5 Patientenzufriedenheit .....</b>                                                                                                 | <b>20</b> |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....                                                                             | 20        |
| 5.2 Eigene Befragung .....                                                                                                            | 21        |
| 5.2.1 Befragung zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt .....                                                                      | 21        |
| 5.3 Beschwerdemanagement .....                                                                                                        | 22        |
| <b>6 Angehörigenzufriedenheit</b><br>Die Angehörigenzufriedenheit wird im Kantonsspital nicht gemessen.                               |           |
| <b>7 Mitarbeiterzufriedenheit .....</b>                                                                                               | <b>23</b> |
| 7.1 Eigene Befragung .....                                                                                                            | 23        |
| 7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....                                                                                                      | 23        |
| <b>8 Zuweiserzufriedenheit .....</b>                                                                                                  | <b>24</b> |
| 8.1 Eigene Befragung .....                                                                                                            | 24        |
| 8.1.1 Persönlicher Austausch mit den Zuweisenden .....                                                                                | 24        |
| <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>                                                                                                           | <b>27</b> |
| 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....                                                             | 27        |
| <b>11 Infektionen .....</b>                                                                                                           | <b>29</b> |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....                                                                          | 29        |
| <b>12 Stürze .....</b>                                                                                                                | <b>31</b> |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....                                                                                           | 31        |
| <b>13 Wundliegen .....</b>                                                                                                            | <b>32</b> |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....                                      | 32        |
| <b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....</b>                                                                                     | <b>34</b> |
| 14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ..... | 34        |
| <b>15 Psychische Symptombelastung .....</b>                                                                                           | <b>35</b> |
| 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....                                                                            | 35        |

|           |                                                                                    |           |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>16</b> | <b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>                          |           |
|           | Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.                    |           |
| <b>17</b> | <b>Weitere Qualitätsmessungen</b>                                                  |           |
|           | Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt. |           |
| <b>18</b> | <b>Projekte im Detail</b>                                                          | <b>37</b> |
| 18.1      | Aktuelle Qualitätsprojekte                                                         | 37        |
| 18.1.1    | Aktuelle Projekte                                                                  | 37        |
| 18.2      | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016                              | 37        |
| 18.2.1    | Abgeschlossenes Projekt                                                            | 37        |
| 18.3      | Aktuelle Zertifizierungsprojekte                                                   | 37        |
| 18.3.1    | SanaCERT                                                                           | 37        |
| <b>19</b> | <b>Schlusswort und Ausblick</b>                                                    | <b>38</b> |
|           | <b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>                           | <b>39</b> |
|           | Akutsomatik                                                                        | 39        |
|           | <b>Anhang 2</b>                                                                    | <b>42</b> |
|           | <b>Herausgeber</b>                                                                 | <b>43</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.

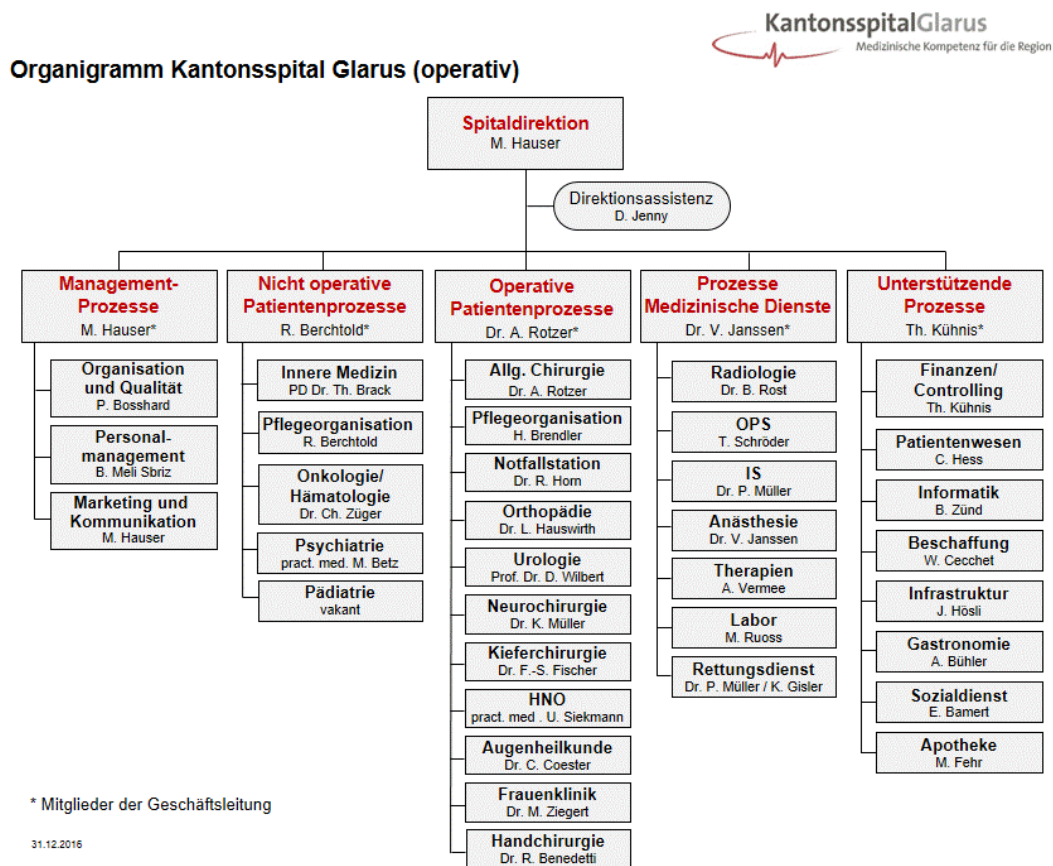
Das Kantonsspital Glarus stellt seit über 130 Jahren die Spitalversorgung für die rund 40'000 Einwohner des Kantons Glarus sicher. Dabei erbringt es rund 5'000 stationäre und 25'000 ambulante Fälle. Wie Anhang 1 in diesem Qualitätsbericht zeigt, ist das Leistungsspektrum für ein Grundversorgungsspital äusserst breit. Deshalb verwundert es auch nicht, dass der CMI im Jahr 2016 bei hohen 0.916 liegt. Zusammen mit seinen Partnern - allen voran dem Kantonsspital Graubünden - kann das KSGL einen Grossteil der akutstationären Leistungen anbieten. Dazu gehört auch eine psychiatrische Station sowie eine ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das psychiatrische Angebot wird ergänzt durch eine akutpsychiatrische Tagesklinik, welche die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) führt. Ebenso arbeitet das KSGL im psychiatrischen Bereich eng mit den Psychologen der Beratungs- und Therapiestelle Sonnenhügel (BTS) zusammen. Schliesslich betreibt die RehaClinic auf dem 8. Stock eine stationäre Rehabilitation mit 19 Betten.

Das KSGL gehört mit seinen rund 600 Mitarbeitenden - davon sind 80 in Ausbildung - zu den grössten Arbeitgebern im Kanton Glarus. Das KSGL ist von SanaCert Suisse für sein Qualitätsmanagement zertifiziert. Die SanaCert-Zertifizierung ist nur ein Beispiel der umfassenden, integrierten Qualitätsanstrengungen am Kantonsspital Glarus. 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 Katharina Camen, Qualitätsbeauftragte ([katharina.camen@ksgl.ch](mailto:katharina.camen@ksgl.ch)) gerne zur Verfügung. Den Qualitätsbericht und auch den Jahresbericht finden Sie auf unserer Homepage: [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.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Markus Hauser  
Direktor  
Kantonsspital Glarus AG  
055 646 31 00  
[markus.hauser@ksgl.ch](mailto:markus.hauser@ksgl.ch)

Katharina Camen  
Qualitätsbeauftragte  
Kantonsspital Glarus AG  
055 646 31 75  
[katharina.camen@ksgl.ch](mailto:katharina.camen@ksgl.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### **Vision**

Das Kantonsspital Glarus bildet ein Zentrum, in dem vernetzt vielfältige Gesundheitsleistungen in sympathischer und vertrauensvoller Atmosphäre angeboten werden. Es ist ein Ort der Begegnung für kranke und gesunde Menschen.

#### **Mission**

*„Medizinische Kompetenz für die Region“*

Das Kantonsspital Glarus ist in der Behandlungskette eine zentrale Drehscheibe der Gesundheitsversorgung des Kantons Glarus und der angrenzenden Region. Es ist das Spital der Glarner Bevölkerung und ist deshalb nicht wegzudenken. Der Patient steht im Mittelpunkt des täglichen Handelns. Das Kantonsspital Glarus steht für eine gute Qualität. Es ist medizinisch kompetent, sei dies als diagnostizierender, behandelnder oder triagierender Leistungserbringer. Es bietet unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit ein breites Behandlungs- und Therapiespektrum an. Dazu nutzt es die Vorteile von Kooperationen. Das Kantonsspital Glarus wird getragen von gut ausgebildeten und motivierten Mitarbeitenden. Es verfügt über eine moderne Infrastruktur und ist gut ausgerüstet. Das Kantonsspital Glarus bietet eine gepflegte Hotellerie und liegt in einer intakten Umwelt.

#### **Werte**

Was wir machen, machen wir gut.

Was ich mache, mache ich gut.

#### *Patienten und Kunden*

Wir bieten eine freundliche und angenehme Atmosphäre.

Die Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patienten und Kunden stehen im Mittelpunkt.

Wir fühlen uns den Patienten verbunden und gehen menschlich mit ihnen um.

Wir bieten eine Gesamtbetreuung, in der wir die Angehörigen miteinbeziehen.

#### *Kommunikation*

Kommunikation ist eines unserer wichtigsten Werkzeuge.

Wir legen Wert auf eine klare und verständliche Sprache.

Wir gehen respektvoll miteinander um und führen einen Dialog über Ebenen und Bereiche hinweg.

#### *Mitarbeitende*

Meinungen werden gehört und ernst genommen. Wir pflegen kurze Informations- und Entscheidungswege. Wir fördern unsere Mitarbeitenden. Eine gute Balance zwischen Arbeit und Freizeit / Familie ist uns wichtig.

#### *Fachkompetenz, Freude und Engagement*

Für unsere Aufgaben sind wir bestens qualifiziert. Freude an der Arbeit ist uns wichtig.

Wir sind offen für Neues und entwickeln uns mit den Herausforderungen weiter.

#### *Qualität und Wirtschaftlichkeit*

Wir tragen die Verantwortung für unser Spital.

Wir setzen unsere Ressourcen für eine hohe Qualität ein. Wir handeln und wirtschaften im Sinne einer erfolgreichen Zukunft für unser Spital.

#### *Wertschätzung und Vertrauen*

Wir begegnen einander wertschätzend und nehmen Sorgen, Fragen, Anregungen und Wünsche ernst.

Wir erkennen und anerkennen den Wert unserer Mitarbeitenden und nutzen deren Qualitäten.

Unsere Begegnungen und Tätigkeiten, mit allen Partnern, beruhen auf gegenseitigem Vertrauen.

**Strategielandkarte**

Die Strategielandkarte (Anhang 2) ist aus dem Leitbild (Vision, Mission, Werte) abgeleitet. Jede Zieldimension aus der Strategielandkarte ist mit ausformulierten strategischen Zielen konkretisiert. Im Kapitel Qualitätsentwicklung sind diese strategischen Ziele aufgeführt. Die strategischen Ziele wiederum werden jeweils mit Jahreszielen Schritt um Schritt angestrebt.

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

**3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016**

- Befragung zur Patientenzufriedenheit durchführen
- Zertifizierung Intensivstation
- Mindestens eine neue Massnahme zur Reduktion des Epidemienrisikos ist umgesetzt

**3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016**

- Patientenbefragung hat stattgefunden
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI erteilte das Zertifikat
- Risikomanagement wurde weiter institutionalisiert
- Alle vorgegeben ANQ-Messungen wurden durchgeführt

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Strategielandkarte gemäss Anhang 2 zeigt im Überblick auf, in welchen Dimensionen das Kantonsspital Glarus (KSGL) Ziele anstrebt. Die strategischen Ziele finden sich nachfolgend.

#### **Führung mit Finanz- und Leistungszahlen**

Zuverlässige und notwendige Führungs- und Controlling-Instrumente zur zielorientierten Steuerung des Unternehmens sind vorhanden und werden als Führungshilfe genutzt. Zuverlässige, visualisierte und aktuelle Finanz-, Qualitäts- und Leistungsdaten sind eine wesentliche Grundlage zur Beherrschung der Fallkosten, zur Erreichung eines positiven Rechnungsabschlusses sowie zur Verbesserung der Qualität. Die Indikatoren sind zur dezentralen Führung geeignet.

#### **Wirtschaftliche und wettbewerbsfähige Fallkosten**

Unter DRG bestimmen die Fallkosten die Wirtschaftlichkeit eines Spitals. Bei einem hohen Anteil an Fixkosten können Fallkosten auf der einen Seite mit einem hohen Case Mix (hohe Fallzahlen) und auf der anderen Seite mit wirksamen, interdisziplinären Prozessoptimierungen positiv beeinflusst werden. Die wesentlichen Kostenblöcke eines Falls müssen bekannt sein und optimiert werden.

#### **Bekanntheit und Vertrauen in der Bevölkerung**

Das KSGL steht permanent im Licht der Öffentlichkeit. Durch gezielte, positive Auftritte nach aussen gewinnen wir Vertrauen und steigern so unser Image. Eine klare und positive Kommunikation unseres breiten Leistungsangebotes nach aussen leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Patienten aus dem Glarnerland und der angrenzenden Region das KSGL wählen und dass die angestrebten Fallzahlen damit erreicht werden. Unsere Mitarbeitenden treten in der Rolle als Fachspezialisten öffentlich auf. Unser Leistungsangebot wird der Bevölkerung auf unterschiedlichen Kanälen präsentiert.

#### **Zufriedene Patientinnen und Patienten**

Unsere Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen sind mit den Leistungen des KSGL zufrieden, weil:

- . das Leistungsangebot den Bedürfnissen der Patienten entspricht
- . die Kommunikation mit ihnen adäquat ist und sie dadurch gut informiert werden
- . sie fachlich kompetent behandelt und betreut wurden
- . kleine Dinge möglich gemacht wurden
- . sie sich bei uns wohl aufgehoben und ernst genommen fühlen
- . sie merken, dass das KSGL die Prozesse - auch interdisziplinär - beherrscht.

#### **Verlässlicher Partner in der Behandlungskette**

Das KSGL versteht sich als verlässlicher Partner von Spitex, Hausärzten, Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Institutionen in der Behandlungskette. Partner sein heisst Know-how teilen, voneinander lernen, gesprächsbereit sein und lösungsorientiert zusammenarbeiten. Wir sind bereit für die Mitgestaltung des Behandlungsprozesses bei vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Damit sichern wir unsere starke Stellung in der Gesundheitsversorgung des Kantons Glarus. Die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte werden als Botschafter des KSGL gewonnen.

#### **Kooperationsvorteile nutzen**

Das KSGL nutzt Kooperationsvorteile konsequent aus, ohne dabei die Selbstständigkeit zu verlieren. Dazu prüfen wir bei neuen Vorhaben immer auch Kooperationsmöglichkeiten mit externen Partnern, primär mit dem Kantonsspital Graubünden (KSGR) und den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR).

#### **Weiterentwicklung der Behandlungs- und Pflegequalität**

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.

Die Messergebnisse analysieren wir und setzen Verbesserungsmassnahmen im Sinn des PDCA-Kreislaufes konsequent um. Wir suchen laufend nach Prozessoptimierungen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit, zur Effizienzsteigerung und zur Beherrschung von Risiken. Konzepte des Lean Management werden umgesetzt. Unsere Prozesse werden im Prozesshandbuch dokumentiert.

**Wertschätzende interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Die Zusammenarbeit und die Kommunikation im KSGl sind geprägt von Offenheit, Respekt, Ehrlichkeit und Freundlichkeit. Sie finden zwischen verschiedenen Organisationseinheiten, Berufsgruppen und Hierarchien statt. Die Vorteile eines kleinen Spitals mit kurzen Wegen sowie einer hohen Flexibilität werden zielgerichtet genutzt. Die Denkhaltung führt dazu, dass bei unterschiedlichen Zielaspekten das Wohl der Gesamtunternehmung jederzeit im Vordergrund steht. Dazu braucht es eine starke Identifikation mit dem Gesamtspital.

**Leadership und Führungskompetenz fördern**

Das gesamte Kader des KSGl übernimmt eine klare Führung, die sich einheitlich an unseren Zielen orientiert. Wir fördern die Führungskompetenz, geben den Mitarbeitenden des Kaders den notwendigen Handlungsspielraum, begrüssen das Kader bei Führungsentscheiden stufengerecht und erreichen damit ein hohes Mass an Loyalität und Vertrauen. Unser Kader zieht am gleichen Strick in die gleiche Richtung. Es übernimmt eine Vorbildfunktion. Unsere Führungskultur erhöht die Zufriedenheit der Mitarbeitenden.

**Zufriedene und kompetente Mitarbeitende**

Das KSGl bietet unseren Mitarbeitenden ein attraktives Arbeitsumfeld, zu dem insbesondere marktkonforme Arbeitsbedingungen, zeitgemässe Arbeitsmittel, interessante Arbeitsinhalte, eine zielorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein gutes Arbeitsklima in und ausserhalb des Teams zählen. Das Wissen und die Kompetenzen unserer Mitarbeitenden werden zum Wohle des Unternehmens eingesetzt und erweitert, sofern dies im Einklang mit den Zielen der Gesamtunternehmung steht. Zufriedene Mitarbeitende erachten wir als wesentliche Grundlage für eine hohe Patientenzufriedenheit sowie für gute Behandlungs- und Pflegeergebnisse. Wir gewährleisten Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.

**Quantitativ und qualitativ optimierte Personalressourcen**

Für den täglichen Betrieb, die Projekte und Vorhaben stehen in quantitativer und qualitativer Hinsicht Personalressourcen zur Verfügung, die unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit geeignet sind, die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Der Stellenetat wird nach unternehmerischen Gesichtspunkten ständig überprüft und aktualisiert (rollender Stellenetat).

## 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>                                                               |                                                                      |
| ▪                                                                                | Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik                      |
| ▪                                                                                | Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen |
| ▪                                                                                | Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen       |
| ▪                                                                                | Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte                    |
| ▪                                                                                | Nationale Prävalenzmessung Sturz                                     |
| ▪                                                                                | Nationale Prävalenzmessung Dekubitus                                 |
| <i>Psychiatrie</i>                                                               |                                                                      |
| ▪                                                                                | Erwachsenenpsychiatrie                                               |
| –                                                                                | Symptombelastung (Fremdbewertung)                                    |
| –                                                                                | Symptombelastung (Selbstbewertung)                                   |
| –                                                                                | Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen                      |

### 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>▪ Befragung zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt</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 in 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, gültig bis Ende 2017                                                                                                                                                                           |

##### Risikomanagement

|                                                             |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                                 | Systeme zur Identifikation und Bewertung von Sicherheitsrisiken, zur Ergreifung allfälliger Massnahmen und zur Überprüfung ihrer Wirksamkeit sind eingeführt. |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Ganzer Betrieb                                                                                                                                                |
| <b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)                       | Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT, gültig bis Ende 2017                                                                                                   |

##### 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, gültig bis Ende 2017 |

##### 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, gültig bis Ende 2017                                                                                                                                          |

## Schmerzbekämpfung

|                                                             |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <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 (von...bis)</b>                       | Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT, gültig bis Ende 2017                      |

## Patienten- Daten- Management- Systems (PDMS)

|                                                             |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                                 | Die Dokumentations- und Verordnungsqualität ist erhöht. |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Intensivstation, Anästhesie/AWR                         |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | April 2015 bis Herbst 2017                              |

## 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 (von...bis)</b>                       | Abgeschlossen im April 2016                                       |

## Leistungs- und Verhaltensbeurteilung

|                                                             |                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                                 | Das KSGl verfügt über ein angemessenes und neuzeitliches Leistungs-, Verhaltensbeurteilungs- und Zielsystem. |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Ganzer Betrieb                                                                                               |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | Abgeschlossen im März 2016                                                                                   |

## Elektronische Kommunikation mit Zuweisern

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                                 | Ein grundlegendes Ziel ist, dass die Informations- und Kommunikationstechnologie so eingesetzt wird, dass die Vernetzung der Zuweiser und Spitäler sichergestellt ist und dass die Prozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter sind. |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | Oktober 2014 bis Dezember 2017                                                                                                                                                                                                                |

## Lean Management

|                                                             |                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                                 | Prozessoptimierungen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit, zur Effizienzsteigerung und zur Beherrschung von Risiken |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Pilotabteilung Chirurgie 5. Stock                                                                                          |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | Oktober 2016 bis Dezember 2017                                                                                             |

### 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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2003 eingeführt.

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

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](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen                |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Bezeichnung                                                                          | Fachrichtungen                                                                                                                                                                                                   | Betreiberorganisation                                                                                                         | Seit/Ab |
| <b>AQC</b><br>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<br><a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>                                                             | 2009    |
| <b>ASF</b><br>Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken                     | Gynäkologie und Geburtshilfe                                                                                                                                                                                     | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe<br><a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>        | 1999    |
| <b>MDSi</b><br>Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin                                                                                                                                                                                                  | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin<br><a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>                        | 2009    |
| <b>Dialyseregister</b><br>Schweizer Dialyseregister                                  | Nephrologie                                                                                                                                                                                                      | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie<br><a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>                                  | 1990    |
| <b>SIOLD</b><br>SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases     | Pneumologie                                                                                                                                                                                                      | Centre hospitalier universitaire vaudois<br><a href="http://www.siold.ch">www.siold.ch</a>                                    | 2010    |
| <b>SWISSVASC</b><br>SWISSVASC Registry                                               | Gefässchirurgie                                                                                                                                                                                                  | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry<br><a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>                                    | 2014    |
| <b>SIRIS</b><br>Schweizerisches Implantatregister                                    | Orthopädische Chirurgie                                                                                                                                                                                          | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin<br><a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a> | 2012    |
| <b>KR GG</b><br>Krebsregister Graubünden und Glarus                                  | Alle                                                                                                                                                                                                             | <a href="http://www.ksggr.ch/krebsregister.aspx">www.ksggr.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                                        | 2016                                           |            |
| SanaCert                                  | Gesamtes Spital                                   | 2003                                        | 2014                                           |            |
| 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 entwickelt.

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

| Angaben zur Messung |                                           |
|---------------------|-------------------------------------------|
| Auswertungsinstitut | hcri AG oder MECON measure & consult GmbH |

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Befragung zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir vom März 2016 bis August 2016 durchgeführt.

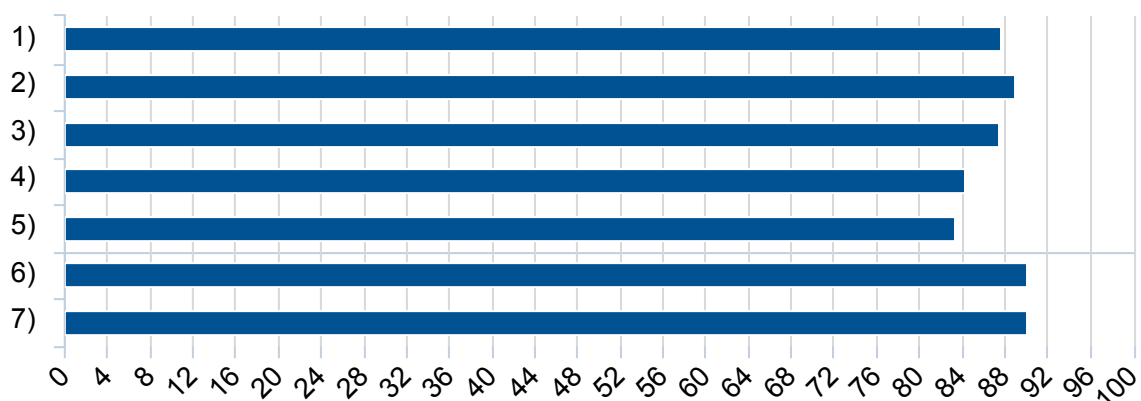
In allen Abteilungen.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



0 = Sehr schlecht / 100 = Sehr gut

■ Kantonsspital Glarus AG

| Messergebnisse in Zahlen |                            |       |       |       |       |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                          | Mittelwerte pro Messthemen |       |       |       |       |
|                          | 1)                         | 2)    | 3)    | 4)    | 5)    |
| Kantonsspital Glarus AG  | 87.70                      | 88.90 | 87.50 | 84.30 | 83.40 |

| Messergebnisse in Zahlen |                            |       |                          |                 |
|--------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|-----------------|
|                          | Mittelwerte pro Messthemen |       | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
|                          | 6)                         | 7)    |                          |                 |
| Kantonsspital Glarus AG  | 90.00                      | 90.00 | 555                      | 39.00 %         |

| Angaben zur Messung  |                          |
|----------------------|--------------------------|
| Auswertungsinstitut  | Mecon                    |
| Methode / Instrument | MECON-Standardfragebogen |

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Kantonsspital Glarus AG**

Camen Katharina

Qualitätsbeauftragte

055 646 31 75

[katharina.camen@ksgl.ch](mailto:katharina.camen@ksgl.ch)

## 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 Mitarbeiterbefragung

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden ihre Arbeitssituation empfinden. Dies ermöglicht es dem Spital, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen, und wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Mitarbeiterbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements der Spitäler.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Für die Erhebung wurden alle Mitarbeitenden schriftlich befragt.

| Angaben zur Messung  |                          |
|----------------------|--------------------------|
| Auswertungsinstitut  | Mecon                    |
| Methode / Instrument | MECON-Standardfragebogen |

## 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 Persönlicher Austausch mit den Zuweisenden

Das Ziel der Befragung ist, den persönlichen Dialog mit unseren häufigsten Zuweiserinnen und Zuweisern zu stärken. In einem offenen Interview erfahren wir, was wir gut machen und wo Verbesserungspotential liegt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Befragt wurden unsere zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

| Angaben zur Messung                             |                                    |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | Instrument mit drei Standardfragen |

## 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, obwohl 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                   |         | 2012  | 2013  | 2014  | 2015          |
|--------------------------------|---------|-------|-------|-------|---------------|
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b> |         |       |       |       |               |
| Beobachtete Rate               | Intern: | 3.98% | 4.27% | 4.13% | 4.50%         |
|                                | Extern: | 0.71% | 0.49% | 0.41% | 0.28%         |
| Erwartete Rate (CI* = 95%)     |         | 4.77% | 4.83% | 4.61% | 4.46% (- - -) |
| Verhältnis der Raten***        |         |       | 0.99  | 0.98  | 1.07          |
| Ergebnis** (A, B oder C)       |         | B     | B     | B     | B             |

\* 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.

\*\* Wertung der Ergebnisse:

- A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
- B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
- C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

| Angaben zur Messung  |                                                                                                                        |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. |
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>             |                     |                                                                                                                          |
| Anzahl auswertbare Austritte:              | 3621                |                                                                                                                          |

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

#### Messergebnisse

| Datenanalyse                   | 2012  | 2013  | 2014  | 2015                  |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------|
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b> |       |       |       |                       |
| Beobachtete Rate               | 0.96% | 1.84% | 2.04% | 2.30%                 |
| Erwartete Rate (CI* = 95%)     | 2.26% | 2.05% | 2.02% | 2.11% (0.00% - 0.00%) |
| Verhältnis der Raten***        |       | 0.9   | 1.01  | 1.1                   |
| Ergebnis** (A, B oder C)       | A     | B     | B     | B                     |

\* 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.

\*\* Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

| Angaben zur Messung  |                                                                                                                        |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern). |
|                                            | Ausschlusskriterien | Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).       |
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>             |                     |                                                                                                |
| Anzahl auswertbare Operationen:            | 2189                |                                                                                                |

## 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 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 nach folgenden Operationen: |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ▪ ***                                                                                    | Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen |
| ▪ ***                                                                                    | Dickdarmoperationen (Colon)                         |
| ▪                                                                                        | Kaiserschnitt (Sectio)                              |
| ▪                                                                                        | Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen         |

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

| Operationen                                                    | Anzahl<br>beurteilte<br>Operationen<br>2016 (Total) | Anzahl<br>festgestellter<br>Wundinfektionen<br>2016 (N) | Vorjahreswerte<br>adjustierte<br>Infektionsrate % |        |       | adjustierte<br>Infektionsrate<br>% 2016<br>(CI*) |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|-------|--------------------------------------------------|
|                                                                |                                                     |                                                         | 2013                                              | 2014   | 2015  |                                                  |
| Kantonsspital Glarus AG                                        |                                                     |                                                         |                                                   |        |       |                                                  |
| *** Blinddarm-<br>Entfernungen bei Kindern<br>und Jugendlichen | 4                                                   | 0                                                       | 0.00%                                             | 0.00%  | 0.00% | 0.00%<br>(0.00% - 0.00%)                         |
| *** Dickdarmoperationen<br>(Colon)                             | 8                                                   | 2                                                       | 1.00%                                             | 18.00% | 5.10% | 20.10%<br>(0.00% -<br>47.80%)                    |
| Kaiserschnitt (Sectio)                                         | 61                                                  | 2                                                       | 3.20%                                             | 3.80%  | 1.80% | 3.30%<br>(0.00% - 7.80%)                         |

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

| Ergebnisse der Infektionsberichte Oktober 2014 - 30. September 2015 |                                            |                                                |                                             |       |       |                                         |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|-------|-----------------------------------------|
| Operationen                                                         | Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % |       |       | adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*) |
|                                                                     |                                            |                                                | 2012                                        | 2013  | 2014  |                                         |
| Kantonsspital Glarus AG                                             |                                            |                                                |                                             |       |       |                                         |
| Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen                         | 49                                         | 0                                              | 2.00%                                       | 1.30% | 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

| Angaben zur Messung |           |
|---------------------|-----------|
| 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), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

|                                                                                                              | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>                                                                               |       |       |       |       |
| Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind | 0     | 1     | 3     | 1     |
| In Prozent                                                                                                   | 0.00% | 1.70% | 6.10% | 6.70% |

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

| Angaben zur Messung  |                       |
|----------------------|-----------------------|
| Auswertungsinstitut  | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0               |

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

| Angaben zum untersuchten Kollektiv             |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
|------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten     | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> 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>▪ Säuglinge der Wochenbettstation.</li><li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre).</li><li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li></ul>                                     |        |
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>                 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016 | 54                  | Anteil in Prozent (Antwortrate)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 76.10% |

## 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 (Punktprevalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 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 |      |      | 2016 | In Prozent |
|---------------------------------|---------------------------------------------|----------------|------|------|------|------------|
|                                 |                                             | 2013           | 2014 | 2015 |      |            |
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>  |                                             |                |      |      |      |            |
| Dekubitusprävalenz              | Total: Kategorie 2-4                        | 0              | 0    | 2    | 0    | 0.00%      |
| Prävalenz nach Entstehungs-ort  | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0              | 0    | 2    | 0    | 0.00%      |

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

| Angaben zur Messung  |                       |
|----------------------|-----------------------|
| Auswertungsinstitut  | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0               |

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

| Angaben zum untersuchten Kollektiv             |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
|------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten     | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung 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>▪ Säuglinge der Wochenbettstation.</li><li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre).</li><li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li></ul>                     |        |
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>                 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016 | 54                  | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 76.10% |

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

### 14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

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

#### Messergebnisse

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

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

| Angaben zur Messung  |                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------|
| Auswertungsinstitut  | Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel |
| Methode / Instrument | EFM                                              |

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

#### Bemerkungen

Aufgrund der Vorgaben von ANQ müssen die freiheitsbeschränkenden Massnahmen erfasst werden. Am Kantonsspital Glarus werden jedoch keine freiheitsbeschränkende Massnahmen durchgeführt. Patienten mit entsprechender Diagnose werden verlegt.

## 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](http://www.anq.ch/psychiatrie)

#### Messergebnisse

| HoNOS Adults                                                                              | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>                                                            |       |       |       |       |
| HoNOS Adults Behandlungsergebnis<br>(Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 12.96 | 10.50 | 11.03 | 13.39 |
| Standardabweichung (+/-)                                                                  | 4.41  | 5.56  | 6.23  | 4.17  |
| Risikobereinigter Differenzwert*                                                          |       |       | 0.96  | 1.53  |

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

| BSCL                                                                              | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Kantonsspital Glarus AG</b>                                                    |       |       |       |       |
| BSCL Behandlungsergebnis<br>(Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 34.60 | 24.05 | 31.61 | 39.22 |
| Standardabweichung (+/-)                                                          | 33.74 | 28.14 | 33.75 | 28.30 |
| Risikobereinigter Differenzwert*                                                  |       |       | 0.16  | 0.46  |

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

\* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

| Angaben zur Messung  |                                                                                       |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Auswertungsinstitut  | Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel                                      |
| 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

- Elektronische Kommunikation mit Zuweisern
- Patienten- Daten- Management- Systems (PDMS) für die Bereiche Anästhesie/Aufwachraum und Intensivstation
- Leistungs- und Verhaltensbeurteilung

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

#### 18.2.1 Abgeschlossenes Projekt

Dienstleistungen der Fachrichtung Neurologie konnten erfolgreich ausgebaut werden.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 SanaCERT

Bei der nächsten Re-Zertifizierung im Jahr 2017 werden folgende acht Standards überprüft:

- Qualitätsmanagement
- Palliative Betreuung
- Patienteninformation
- Schmerzbehandlung
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Risikomanagement
- Abklärung, Behandlung und Betreuung Notfall
- Sichere Medikation

## 19 Schlusswort und Ausblick

### Ziele beschreiben die Qualität

**Ziele beschreiben Ergebnisse und die Qualität, in der sie erreicht werden sollen. In einem Spital als komplex strukturiertes Unternehmen werden Ziele unterschiedlichen Dimensionen zugeordnet. Dabei können Zielkonflikte entstehen, die nur durch eine permanente Qualitätsdiskussion zu lösen sind.**

Das Kantonsspital Glarus setzt strategische Ziele entlang der fünf Dimensionen «Wirtschaftlichkeit», «Patienten, Zuweiser und Kooperationen», «Prozesse und Qualität», «Personal» und «Infrastruktur». All diese Zieldimensionen geben Resultate vor und die Qualität, in der sie erreicht werden sollen. Das Qualitätsmanagement am Kantonsspital Glarus beschränkt sich demnach nicht auf die medizinische Qualität, sondern berücksichtigt darüber hinaus Bereiche wie beispielsweise die Finanzen, den Umgang mit Mitarbeitenden, die Patienten oder auch die Infrastruktur.

### Zielkonflikte gehören dazu

Medizinische, sozialetische und unternehmerische Ziele widersprechen sich manchmal. Damit die dadurch entstehenden Konflikte gelöst werden können, müssen die betroffenen Parteien aufeinander zugehen, sie müssen einander verstehen und gewillt sein, die bestmögliche Lösung für das Ganze – nicht für sich selbst oder das eigene Team – zu finden. Solche Prozesse laufen am Kantonsspital Glarus beim Zielsetzungs- und Zielüberprüfungsprozess ständig ab. In den Führungsgremien sind Ökonomen, Ärzte und Pflegende vertreten. Eine breite fachliche Abstützung und demokratische Entscheidungsprozesse garantieren, dass Ziele nicht einseitig verfolgt werden und damit Qualitätsentwicklung in allen Dimensionen stattfindet.

### Zielorientierte Führungspolitik

Die formulierten Ziele müssen von den betroffenen Mitarbeitenden verstanden und akzeptiert werden, damit sie sich damit identifizieren können und die Ziele schliesslich erreicht werden. Dies gelingt zweifelsohne nur, wenn Ziele ausgewogen auf mehrere Dimensionen ausgerichtet sind. Für medizinische Fachpersonen steht das Wohl der Patienten im Vordergrund. Damit patientenferne Ziele aus der Betriebswirtschaft oder der Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden können, muss deren Notwendigkeit aber auch beim medizinischen Fachpersonal akzeptiert sein. Wesentliche Voraussetzung dafür, dass Ziele angenommen und auch mit hohem Engagement verfolgt werden, ist die Kommunikation. So sind für alle Mitarbeitenden am Kantonsspital Glarus sowohl kurzfristige Ziele als auch Jahresziele des Gesamtunternehmens einsehbar. Jährliche Zielgespräche mit jedem Mitarbeitenden geben eine Antwort darauf, ob die Ziele im vergangenen Jahr erreicht wurden und welche Ziele im nächsten Jahr angestrebt werden. Dies sorgt für Halt und Orientierung – für das Gesamtunternehmen aber auch für jeden einzelnen Mitarbeitenden.

## 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 [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

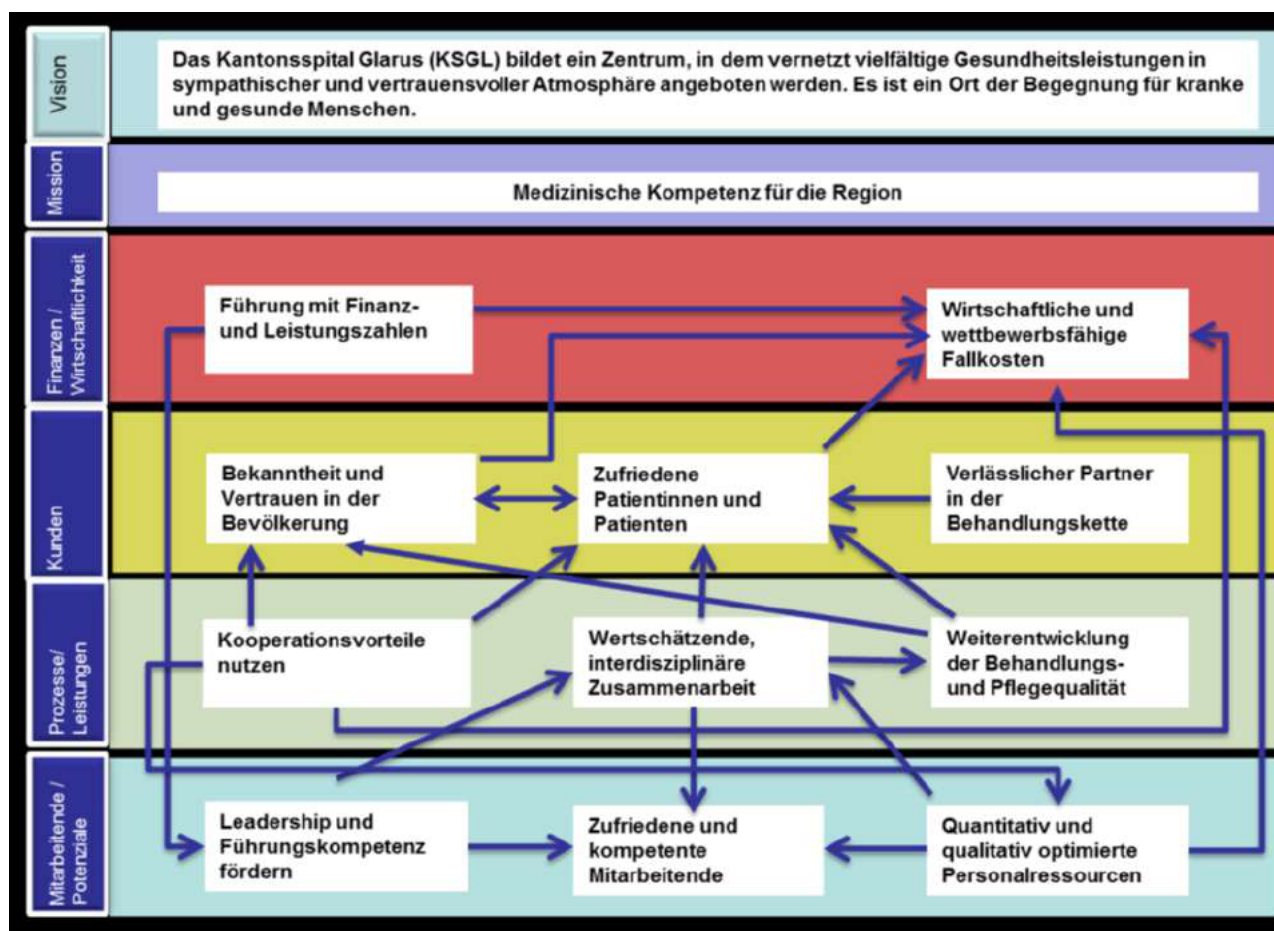
### Akutsomatik

| 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, Osikulooplastik inkl. Stapesoperationen) |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie                                                         |
| Kieferchirurgie                                                                                |
| <b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>                                                         |
| Neurologie                                                                                     |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems                                               |
| Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)                                                  |
| <b>Augen (Ophthalmologie)</b>                                                                  |
| Katarakt                                                                                       |
| <b>Hormone (Endokrinologie)</b>                                                                |
| Endokrinologie                                                                                 |
| <b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>                                                          |
| Gastroenterologie                                                                              |
| Spezialisierte Gastroenterologie                                                               |
| <b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>                                                               |
| Viszeralchirurgie                                                                              |
| Grosse Pankreaseingriffe                                                                       |
| Grosse Lebereingriffe                                                                          |
| Tiefe Rektumeingriffe                                                                          |
| <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 intraabdominale Gefässe                                                        |
| 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)          |
| Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang                           |
| <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                                                                     |
| Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina                                         |
| Maligne Neoplasien der Zervix                                                   |
| Maligne Neoplasien des Corpus uteri                                             |
| Maligne Neoplasien des Ovars                                                    |
| Maligne Neoplasien der Mamma                                                    |
| <b>Geburtshilfe</b>                                                             |
| Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$ )                     |
| <b>Neugeborene</b>                                                              |
| Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$ )     |
| Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$ )                          |
| <b>Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)</b>                                     |
| Onkologie                                                                       |
| Radio-Onkologie                                                                 |
| <b>Schwere Verletzungen</b>                                                     |

|                              |
|------------------------------|
| Unfallchirurgie (Polytrauma) |
|------------------------------|

## Strategielandkarte Stand 2015



## 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](http://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 Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://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.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.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.patientsicherheit.ch](http://www.patientsicherheit.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**).