



**Kantonsspital Glarus**

# Qualitätsbericht 2023

## 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 2023.

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 sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Frau  
Stefanie Schmidt  
Qualitätsbeauftragte  
055 646 31 75  
[stefanie.schmidt@ksgl.ch](mailto:stefanie.schmidt@ksgl.ch)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verscharfren die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitätsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Es sind Teilnahmen an nationalen Messungen vorgegeben, nicht an kantonalen Messungen.	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.5 Registerübersicht .....	18
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	20
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>22</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>23</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	23
5.2 Eigene Befragung .....	25
5.2.1 Patientenzufriedenheitsmessung gemäss eigenem Konzept .....	25
5.3 Beschwerdemanagement .....	26
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>27</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>27</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>27</b>
9.1 Eigene Messung .....	27
9.1.1 Rehospitalisationen .....	27
<b>10 Operationen</b> .....	<b>28</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	28
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>29</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	29
<b>12 Stürze</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>13 Dekubitus</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Symptombelastung psychischer Störungen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>0</b>

<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>0</b>
<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>32</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	32
18.1.1	Meldecenter - Feedback / Schaden und Verlust .....	32
18.1.2	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz .....	33
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	34
18.2.1	Meldecenter - CIRS / Vigilanzen .....	34
18.2.2	Patientenfeedback .....	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	36
18.3.1	SanaCERT - Überwachungsaudit .....	36
18.3.2	IVR - Rettungsdienst .....	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>Herausgeber</b> .....	<b>41</b>

## 1 Einleitung

Es ist uns eine grosse Freude, Ihnen Einblicke in unsere Aktivitäten zur Förderung der Qualität unserer Dienstleistungen und der Patientensicherheit zu geben.

Seit über 130 Jahren stellt das KSGL die Spitalversorgung für die rund 40'000 Einwohner des Kantons Glarus sicher. Im vergangenen Jahr konnten wir auf die Betreuung von 4'558 stationären und 35'688 ambulanten Fällen zurückblicken. Mit unseren rund 685 Mitarbeitenden (ohne Auszubildende) sind wir die grösste private Arbeitgeberin im Kanton Glarus.

Die Bedeutung qualitativer Aspekte in der Gesundheitsversorgung nimmt kontinuierlich zu. Jede Person, die mit dem KSGL in Berührung kommt, strebt nach einer bestmöglichen Qualitätserfahrung. Es ist uns daher ein zentrales Anliegen, diesem Wunsch gerecht zu werden. Die Geschäftsleitung des KSGL unterstützt aktiv den bestehenden Qualitätsgedanken und befürwortet sämtliche Massnahmen zur Qualitätssicherung und -steigerung.

Wir legen grossen Wert darauf, transparent über unsere Leistungen und Ergebnisse zu informieren.

Für Fragen zum vorliegenden Qualitätsbericht steht Ihnen Frau Stefanie Schmidt, Qualitätsbeauftragte ([qualitaet@ksgl.ch](mailto:qualitaet@ksgl.ch)), gerne zur Verfügung.

Sie finden den Qualitätsbericht sowie den Jahresbericht auf unserer Website unter [www.ksgl.ch](http://www.ksgl.ch).

Darüber hinaus bieten wir Ihnen nützliche Informationen zur Qualität am KSGL über [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) an. Unsere Zielsetzung ist die Förderung der Qualitätstransparenz, um das Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten zu erhalten und weiter zu stärken.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und Ihr Vertrauen in das KSGL.

Glarus, 1. Mai 2024

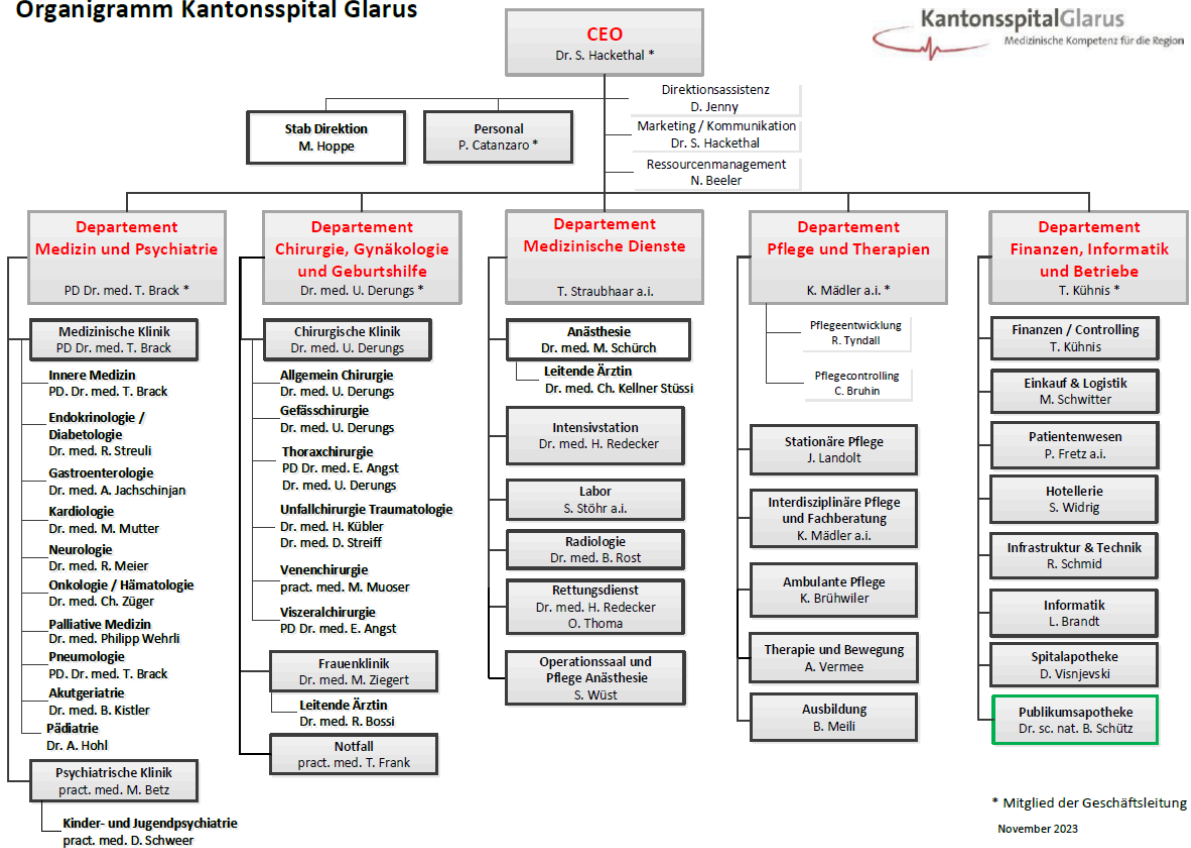
Dr. Stephanie Hackethal, CEO

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Organigramm Kantonsspital Glarus



Das Qualitätsmanagement ist als Stabfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt 60 Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Stefanie Schmidt  
Qualitätsbeauftragte  
+41 55 646 31 75  
[stefanie.schmidt@ksqgl.ch](mailto:stefanie.schmidt@ksqgl.ch)

Frau Mareen Hoppe  
Leiterin Stab Direktion  
+41 55 646 31 76  
[mareen.hoppe@ksqgl.ch](mailto:mareen.hoppe@ksqgl.ch)



### 3 Qualitätsstrategie

In den vergangenen Jahren hat sich das öffentliche Bewusstsein für die Qualität medizinischer Leistungen deutlich erhöht, insbesondere bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die Qualität dieser Leistungen spürbar gestiegen und stehen im Mittelpunkt zahlreicher Diskussionen und Anliegen, sei es seitens der Politik, der Gesundheitsdienstleister oder der Versicherer. Die steigenden Erwartungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung stellen eine Herausforderung dar, der sich alle Beteiligten stellen.

Aufgrund dieser Ausgangslage wurden die **drei Hauptschwerpunkte der Zielsetzungen** für das Berichtsjahr definiert, welche im Weiteren beschrieben sind.

#### Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit

Unser oberstes Ziel ist es, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das von Wertschätzung, Unterstützung und Motivation geprägt ist. Durch gezielte Massnahmen zur Mitarbeiterbindung, regelmässiges Feedback und die Förderung von Weiterbildungsmöglichkeiten haben wir darauf hingearbeitet, die Zufriedenheit und das Engagement unserer Mitarbeitenden kontinuierlich zu steigern.

#### Erarbeitung einer Pflegestrategie

Im Berichtsjahr wurde die Ausarbeitung einer umfassenden Pflegestrategie nicht weiterverfolgt, da die leitende Abteilung für Pflege und Therapie ad interim am KSGL tätig war. Dieses Vorhaben wird unter der neuen Leitung des Departments wieder aufgegriffen.

#### Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit

Für eine langfristige Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterbindung ist es von entscheidender Bedeutung, dass wir wirtschaftlich effizient arbeiten. Daher haben wir uns zum Ziel gesetzt, die Wirtschaftlichkeit unseres Spitals zu erhalten und zu stärken. Dies beinhaltet die Optimierung von Kostenstrukturen, die Effizienzsteigerung in den Arbeitsabläufen und die Entwicklung innovativer Strategien zur Einnahmesteigerung.

#### **Ausführungen zur Unternehmensentwicklung**

Im Berichtsjahr wurde weiterhin auf allen Ebenen des Spitals intensiv für die Unternehmensentwicklung gearbeitet und die Strategie angepasst, kommuniziert und gelebt.

#### *Auf Ebene Mission*

Das Kantonsspital gewährleistet die Spitalversorgung als Gesundheitsdienstleister für den ganzen Kanton Glarus und die Region.

#### *Auf Ebene Vision*

Medizinische Kompetenz für die Region. Miteinander in die Zukunft.

#### *Auf Ebene Strategie*

Patient\*innen im Zentrum: Für unsere Patient\*innen mit unseren Zuweisenden und Kooperationspartnern.

Mitarbeitende im Fokus: Füreinander und miteinander - als attraktive Arbeitgeberin.

Moderne Technologie: Sichere und flexible Infrastruktur, schonender Ressourcenumgang.

Effiziente Prozesse: Qualität vor Quantität - digital und effektiv.

#### **Wirtschaftliche Situation**

Die Löhne am KSGL waren in den Vorjahren (2022 und früher) unter dem Marktlohn, aus diesem Grund hob der Verwaltungsrat per 1. Januar 2023 die Löhne über das Gesamtspital um 7,7 Prozent der Gesamtlohnsumme substanziell an – bei den Pflegenden wurde die Lohnsumme sogar um 14 % erhöht. Für das Geschäftsjahr 2023 investiert das KSGL damit zusätzlich 3,3 Millionen Franken für Löhne, Zulagen, Aus- und Weiterbildung und Teuerungsausgleich. Schrittweise werden weitere Lohnanpassungen und finanzielle Anreize geschaffen, was dazu führt, dass in den kommenden zwei



Jahren mit negativen Jahresabschlüssen zu rechnen ist.

Viele Schweizer Spitäler befinden sich in einer anspruchsvollen Situation. Gleiches gilt für das Kantonsspital Glarus (KSGL) und dessen finanzielle Lage.

Es zeigte sich 2023 allerdings zusätzlich, dass die Fallzahlen einen Rückgang um ca. 5% im ersten Halbjahr verzeichneten.

Die Geschäftsleitung und der Verwaltungsrat haben frühzeitig ein umfassendes Massnahmenpaket eingeleitet. Diese Massnahmen greifen sukzessive, auch erholten sich die im ersten Halbjahr 2023 drastisch gesunkenen Fallzahlen gegen Ende Jahr allmählich. Trotz zurückhaltender Neu- oder Nachbesetzung von Stellen kommt das KSGL nicht um eine Stellenreduktion herum. Geplant ist eine strukturelle Reduktion über das ganze Spital von bislang 493 Vollzeitäquivalenten (FTE) auf 457 FTE. Damit erreicht das KSGL jenes Volumen, das vergleichbare Spitäler in der Schweiz kennen. Den grössten Teil kann das KSGL über die normale Fluktuation auffangen. Einzelne Kündigungen sind jedoch trotzdem notwendig. Davon sind 12 FTE bzw. 20 Anstellungsverhältnisse betroffen. Ein freiwilliger Sozialplan ist eingerichtet worden.

### «Integriertes Qualitätsmanagement Konzept»

Im Berichtsjahr wurde das Qualitätskonzept "Patientenbezogene Qualität" überarbeitet und anschliessend als "Integriertes Qualitätsmanagement Konzept" verabschiedet. Dieser Schritt markierte eine bedeutende Neuausrichtung des Qualitätsmanagements und zielte darauf ab, eine ganzheitliche Herangehensweise zu etablieren, die sämtliche Aspekte der Patientenversorgung umfasst. Das überarbeitete Konzept umfasst verschiedene Schlüsselemente:

1. Die Neuorganisation des patientenbezogenen Qualitätsmanagements innerhalb des KSGL, einschliesslich der klaren Definition von Organisationsstrukturen, Aufgabenverteilung, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Organigramm.
2. Die konsequente Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Messungen und die systematische Nutzung der daraus resultierenden Ergebnisse zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität.
3. Die Gestaltung eines effektiven Qualitätscontrollings, das Planung, Zielsetzung, Überprüfung, Koordination und Lenkung umfasst, um sicherzustellen, dass die Qualitätsstandards kontinuierlich eingehalten und verbessert werden.
4. Die Etablierung eines transparenten Kommunikationsprozesses bezüglich des Qualitätsmanagements auf verschiedenen Ebenen, einschliesslich regelmässiger Q-Reporting-Mechanismen, um relevante Informationen über die Qualität der Versorgung innerhalb der Organisation zu verteilen.
5. Die Einrichtung und Implementierung eines Qualitätszirkels, der als Forum für interdisziplinären Austausch und kontinuierliche Verbesserung dient, indem er Mitarbeitende aus allen Departementen zusammenbringt, um gemeinsam an der Optimierung der Versorgungsqualität zu arbeiten.

Diese Neuerungen sind von zentraler Bedeutung für die kontinuierliche Verbesserung der Leistungen und die Sicherstellung einer einwandfreien Patientenversorgung.

## 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

Die Qualitätsschwerpunkte umfassten im Berichtsjahr vor allem folgende Themen:

- **Die Umsetzung der Massnahmen für die Verbesserung der Mitarbeitenden-Zufriedenheit.** Seit der Umfrage über die Zufriedenheit der Mitarbeitenden Anfang 2021 hat sich viel getan. Mitarbeitende bildeten eine Arbeitsgruppe und identifizierten diverse Themenbereiche, namentlich Handlungsfelder. So wurden auch im Berichtsjahr verschiedene Massnahmen zur Verbesserung der Mitarbeitenden-Zufriedenheit umgesetzt.
- **Die Umsetzung des «Integriertes Qualitätsmanagement Konzepts» mit allen zugehörigen Massnahmen.** Dies beinhaltete unter anderem die Wiedereinführung der internen Audits und des Qualitätszirkels.
- **Die Integrierung des Meldecenters «CIRS» und «Vigilanzen».**

Zum 1. Januar 2023 wurde das Modul "CIRS" und im März das Modul "Vigilanz" im Meldecenter erfolgreich eingeführt. Das Meldecenter soll im folgenden Jahr mit den Modulen «Feedback» und «Schaden / Verlust» nochmals erweitert werden.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

#### Auszug aus Strategie und Jahresziele 2023

Strategie	Jahresziel	Erreichungsgrad
Prozesse Qualität Digitalisierung	Einführung Etappe 2 KIS Projekt	erfüllt
	Überarbeitung und Modernisierung unseres Qualitätskonzeptes mit der Definition von QM-Kennzahlen zum Output	erfüllt
	Erarbeitung / Konkretisierung Digitalisierungsstrategie	erfüllt
	SanaCERT Rezertifizierungsaudit (inkl. neuem Standard)	erfüllt
	Systematische Erfassung von Prozessen im Prozesstool	laufend
	Umsetzung Datenschutzverordnung	laufend

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 11. März 2022 die Strategie zur Qualitätsentwicklung verabschiedet. Für die Entwicklung in den kommenden Jahren orientiert sich das KSGL auch an den Qualitätsziele 2023-2025 vom Bundesrat bzw. der eidgenössischen Qualitätskommission (EQK). Die Patientensicherheit ist hierbei eine zentrale Grösse, einerseits durch die Verbesserung der Interaktion zwischen Patient\*innen und Gesundheitspersonal, andererseits durch die Einführung eines Risikomanagementsystems. Als Leistungserbringer ist das KSGL an die Qualitätsverträge gebunden.

#### Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

**Auf Kurs:** Wir stellen die wirtschaftliche Stabilität unseres Spitals im Laufe der kommenden zwei Jahre wieder her.

**Optimum statt Maximum:** Wir konzentrieren uns bei den medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen auf ein nachhaltig tragfähiges Angebot.

**Für alle attraktiv:** Wir entwickeln unser Spital mit unseren bewährten und neuen Fachkräften als attraktiven Arbeitsort systematisch weiter.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso</li> <li>Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)</li> </ul>

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

Neben den national und kantonale 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>Patientenzufriedenheitsmessung gemäss eigenem Konzept</li> </ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehospitalisationen</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Meldecenter - Module Feedback, Verlust & Schaden implementieren

<b>Ziel</b>	Vollständige Implementierung der beiden Module im Meldecenter.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Vereinfachung der Prozesse und Anregung für das Personal Meldungen zu erfassen.
<b>Methodik</b>	Test-Meldungen innerhalb der Abteilung Stab Direktion nach Fertigstellung des Moduls, anschliessend Pilotphase mit einer Abteilung, nach erfolgreichem Pilot Ausweitung aufs ganze Spital.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

Optimierung des Prozesses Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung und Optimierung des vorhandenen Prozesses.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes des Personals.
<b>Methodik</b>	Erfüllen der gesetzlichen Vorgaben.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stab Direktion, Technischer Dienst, Personal

Durchführung jährliche ANQ-Messungen

<b>Ziel</b>	Reibungslose Abläufe beim Durchführen der Messungen.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Stab Direktion.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Jedes Jahr wiederholend, abwechselnd Akut / Psychiatrie.
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Nationale Pflichtmessungen.
<b>Methodik</b>	Vorgehensweise gemäss ANQ.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stab Direktion und befragte Bereiche im Spital (Akutsomatik oder Psychiatrie)

## Weiterentwicklung des E-Learning-Angebots

<b>Ziel</b>	Abwechslungsreiches & standardisiertes E-Learning für alle SanaCERT Standards sowie Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz vorhanden und auf aktuellem Stand.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Moderne Wissensvermittlung mit eigener Zeiteinteilung pro Person.
<b>Methodik</b>	Verwendung einer Software zur Erstellung der E-Learnings.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Reaktivierung der internen Audits

<b>Ziel</b>	Implementierung des Prozesses der internen Audits und Durchführung dieser.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erkennen von Verbesserungspotential und Erfüllen der gesetzlichen Anforderungen.
<b>Methodik</b>	Erstellung des Konzeptes, Definieren eines Auditteams, Start der Audits gemäss Auditplan-
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Optimierung des Prozesses Patienteneffekte

<b>Ziel</b>	Aufnahme aller Patienteneffekte beim Eintritt und saubere Dokumentation dieser.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bettenabteilungen sowie die Notfallstation.
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Vermeiden von Verlust der Effekte und Archivieren der Nachweise, welche Effekte vorhanden waren, dies ist bei Verlustmeldungen wichtig.
<b>Methodik</b>	Entwickeln des Prozesses mit den beteiligten Bereichen und Prüfung des Prozesses vor der Etablierung im ganzen Haus.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Bettenabteilungen

## Implementierung SanaCERT Standard 33 - Feedbackmanagement.

<b>Ziel</b>	Erfolgreiche Zertifizierung des Standards im Zertifizierungsaudit 2026.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Stab Direktion.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2024-2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbessern und Dokumentieren des gesamten Prozesses Feedbackmanagement.
<b>Methodik</b>	Erfüllung der SanaCERT Anforderungen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stab Direktion, Q-Zirkel

## Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

## Stationäre Patientenumfrage

<b>Ziel</b>	Verbessern der Dienstleistungen für die Patienten gemäss deren Feedback.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Laufend.
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Permanente Verbesserung von Abläufen und Erkennen von Verbesserungspotential durch Erhalt von Patientenfeedback.
<b>Methodik</b>	Vergabe des Fragebogens an die Patienten, Erhalt und Auswertung der ausgefüllten Fragebogen. Weitergabe der Feedbacks an die betreffenden Abteilungen durch das QM.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Verbessern der Mitarbeitenden-Zufriedenheit

<b>Ziel</b>	Verbessern der Zufriedenheit der Mitarbeitenden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Laufend.
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Aus einer internen Umfrage hat sich ergeben, dass die Zufriedenheit Potential hat, daher wurde die Arbeitsgruppe gegründet.
<b>Methodik</b>	Einholen von Vorschlägen durch Mitarbeitende, Prüfung dieser und ggf. Umsetzung.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems gemäss Q-Konzept

<b>Ziel</b>	Ständige Verbesserung des QMS und Umsetzung des Q-Konzeptes.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Laufend.
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Aufrechterhalten und Weiterentwickeln des QMS gemäss gesetzlichen Anforderungen und zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität.
<b>Methodik</b>	Vorgehensweise gemäss Q-Konzept.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Implementierung SanaCERT Standard 1 - Infektionsprävention und Spitalhygiene

<b>Ziel</b>	Zertifizierung des Standards beim Re-Zertifizierungsaudit 2023.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2022-2023
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Weiterentwicklung der Spitalhygiene, Verbesserung der Hygiene-Prozesse.
<b>Methodik</b>	Vorgehensweise gemäss den SanaCERT Standardelementen und den Siwssnoso Anforderungen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Spitalhygiene, Stab Direktion

## Meldecenter - Module CIRS &amp; Vigilanz implementieren

<b>Ziel</b>	Vollständige Implementierung der beiden Module im Meldecenter.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2022-2023
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Vereinfachung der Prozesse und Anregung für das Personal Meldungen zu erfassen.
<b>Methodik</b>	Übergang von der alten Software auf die neue Software zum Jahreswechsel inklusive der Implementierung des Moduls Vigilanz ins Meldecenter.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.



## Einführung Patientenarmband

<b>Ziel</b>	Verbessern der sicheren Medikation.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bettenstationen.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2022-2023
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Erhöhen der Patientensicherheit.
<b>Methodik</b>	Teilprojekt innerhalb des KIS-Projekts (Einführung KISIM).
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Ärzte, IT

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2009 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

##### **Bemerkungen**

Im KSGL ist das Critical Incident Reporting System (CIRS) in Anlehnung an patientenschutz.ch implementiert und dementsprechend wie folgt definiert: "Ein kritischer Zwischenfall ist ein ungewolltes oder vermeidbares Ereignis, welches eine oder mehrere Personen gefährden kann, aber nicht schädigt."

Das Fast-Fehler-Meldesystem dient dazu, Risiken in der Organisation sowie in den Arbeitsabläufen zu erfassen. Durch die Meldung von Vorfällen können wir sicherheitsrelevante Verbesserungen ableiten und implementieren.

Seit dem 1. Januar 2023 haben wir ein neues Lern- und Berichtssystem eingeführt, um CIRS-Fälle zu erfassen und zu bearbeiten. Im Verlauf des Jahres konnten wir eine positive Entwicklung verzeichnen, da Mitarbeitende CIRS-Fälle schneller melden als zuvor.

Des Weiteren wurde im Berichtsjahr das CIRS-Konzept vollständig überarbeitet, das bereits seit 2017 in das Qualitätsmanagementsystem integriert ist. Der gesamte Prozess wurde einer gründlichen Prüfung unterzogen, angepasst und gemäss den aktuellen Standards im Konzept dokumentiert.

Das KSGL ist dem CIRNET Schweiz angeschlossen, dies ist eine wichtige Vernetzung und Zusammenarbeit im Bereich der Fehlerprävention und Qualitätssicherung gewährleistet.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>anresis.ch</b> ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern <a href="http://www.anresis.ch">www.anresis.ch</a>  <a href="http://www.infect.info">www.infect.info</a>	2020
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2009
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	1999
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	2009
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2012
<b>Multiple Sklerose Register</b> Schweizer Multiple Sklerose Register	Neurologie	Institut für Epidemiologie, Biostatistik & Prävention, Universität Zürich <a href="http://www.ms-register.ch">www.ms-register.ch</a>	2018
<b>SIOLD</b> SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois <a href="http://www.siold.ch/">www.siold.ch/</a>	2010
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin	2012

SIRIS		<a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a> <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	
<b>srrqap</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap <a href="http://www.swissnephrology.ch">www.swissnephrology.ch</a>	2014
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2009
<b>SWISSRECA</b> Swiss Registry of Cardiac Arrest	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Prävention und Gesundheitsw., Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin preklinische und klinische	Interverband für Rettungswesen IVR-IAS <a href="http://www.ivr-ias.ch">www.ivr-ias.ch</a>	2017
<b>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>	2015

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

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

## 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
SanaCERTSuisse	Gesamtes Spital	2008	2023	Gültigkeit Zertifikat bis 2027.
SGI	Intensivstation	2013	2021	Gültigkeit Zertifikat bis 2026.
IVR	Rettungsdienst	2015	2020	Re-Zertifizierungsaudit 2024.
SAKR	Ambulante Herzreha	2014	2014	Die Dokumentation für den Nachweis der Mindestanforderung wird jährlich eingereicht.
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Chirurgie	<1996	2020	Die Weiterbildungsstätte im Fachgebiet Chirurgie wurde erneut in die Kategorie B3 eingeteilt.
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Traumatologie	2002	2022	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Kardiologie	2010	2018	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Medizin	2011	2022	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Intensivmedizin	2015	2021	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Notfallstation	2015	2022	
Fitnessguide Medical Plus	SanaTrain Physiotherapie	2021	2023	

## Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

Rekole	Controlling	2014	2022	
Zertifikat Anerkennung Lernort Praxis NDS HF Anästhesiepflege	Anästhesiepflege	2022	2022	Re-Zertifizierung 2027
QUALAB	Labor	2022	2022	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**



## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.26	4.03	4.27	4.10 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.61	4.65	4.56	4.60 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.59	4.58	4.60 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.55	4.53	4.60	4.40 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.04	3.86	4.10	4.00 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	87.40 %	81.70 %	90.90 %	89.80 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				276
Anzahl eingetretener Fragebogen	114	Rücklauf in Prozent		41 %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

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

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

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

Bewertung der Ergebnisse der nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik: Die Auswertung der Patientenzufriedenheitsmessung über einen Zeitraum von fünf Jahren offenbart eine bemerkenswerte Stabilität im Durchschnitt der Bewertungen. Trotz minimaler Schwankungen bleibt die Gesamtbewertung mit 4.34 im Jahr 2023 nahezu konstant im Vergleich zu einem Durchschnitt von 4.3 zwischen 2018 und 2022, was lediglich einer marginalen Verschlechterung von 0.05 % entspricht.

Eine detaillierte Analyse der individuellen Fragestellungen zeigt ähnliche Trends. Die Bewertungen einzelner Aspekte des Spitalaufenthalts haben sich im Durchschnitt maximal um 0.19 % verschlechtert und maximal um 0.03 % verbessert. Auffallend ist jedoch eine Verbesserung um durchschnittlich ca. 3 % in der empfundenen Angemessenheit der Dauer des Spitalaufenthalts, wobei 89.80 % der Befragten die Dauer als angemessen empfanden, im Vergleich zu einem Durchschnitt von 86.67 % in den Vorjahren.

Ein genauerer Vergleich zwischen den Jahren 2022 und 2023 zeigt einen leichten Rückgang von 0.1-0.2 % in der Qualität der Behandlung, der Erklärung des Zwecks der Medikamente für Zuhause und der Organisation des Spitalaustritts.

Jedoch ist zu beachten, dass die Qualität der Behandlung im Vergleich zu 2019 um 0.07 % gestiegen ist und die Organisation des Austritts um 0.04 % verbessert wurde.

Obwohl diese Veränderungen statistisch betrachtet nicht als signifikant einzustufen sind, sind dennoch Massnahmen zur Verbesserung der minimal negativ beeinflussten Bewertungen bereits in Planung. Hierbei werden/wurden Projekte wie beispielsweise das Austrittsmanagement 2024 und die Überarbeitung der Schulung zur «sicheren Medikation» im Jahr 2023, welche für das gesamte medizinische Personal verpflichtend ist, implementiert.

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheitsmessung gemäss eigenem Konzept

Ziel ist es, die Zufriedenheit der stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten im ganzen Haus permanent zu ermitteln. Die Fragen orientieren sich an der Patientenbefragung ANQ.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Sie wird auf allen stationären Abteilungen durchgeführt.

Die Befragung erfolgt bei allen Patient\*innen über 16 Jahren. Rückmeldungen können von Erziehungsberechtigten, Angehörigen und Beiständen verfasst werden.

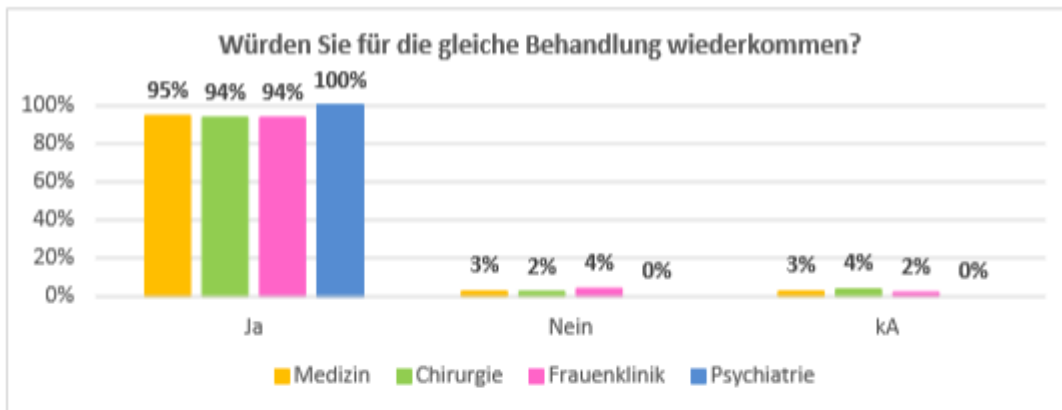
**Die Ergebnisse werden monatlich bzw. seit Juli 2023 quartalsweise im Intranet veröffentlicht.**

**Ab Juli 2023 wurde der Fragebogen durch eine komplettüberarbeitete Version ersetzt und die Auswertungen damit spezifiziert.**

**Hierbei handelt es sich um die Auswertung bis und mit Juni 2023:**



**Folgende Grafiken zeigen Auswertungen von Juli bis Dezember 2023, die das ganze Spital betreffen. Die einzelnen spezifischen Auswertungen pro Bereich werden aus Platzgründen hier nicht gezeigt:**



**Angaben zur Messung**

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Kantonsspital Glarus AG**

Stefanie Schmidt

Qualitätsbeauftragte

055 646 31 75

[qualitaet@ksql.ch](mailto:qualitaet@ksql.ch)

Montag bis Freitag 08:00-17:00 Uhr

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Eigene Messung

###### 9.1.1 Rehospitalisationen

Es wird gemessen wie viele Patientinnen und Patienten nach ihrem Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen wieder spitalisiert werden müssen. Ziel ist es die Zahlen zu tracken und mittels definierter Massnahmen zu senken.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Sie wird im ganzen Akutbereich des Spitals durchgeführt.

Es wurden alle Patientinnen und Patienten bei der Messung berücksichtigt, die innerhalb der gegebenen Frist rehospitalisiert wurden.

	Anzahl Wiedereintritte	Anzahl alle Eintritte	Wiedereintritte in %
Medizinische Klinik	50	1739	2.88
Chirurgische Klinik	48	1894	2.53
Frauenklinik	5	784	0.64
Summe Akut	103	4417	2.33

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

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

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2017 - 2020	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2017 - 2020	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %		Adjustierte Revisionsrate % 2017 - 2020
			2015 - 2018	2016 - 2019	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>					
Primäre Hüfttotalprothesen	218	0.00%	1.70%	0.40%	0.00%
Primäre Knieprothesen	166	0.00%	2.80%	1.20%	0.00%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2023 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2017 bis Dezember 2020. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2022.

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

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

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

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

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

- \*\*\* Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- \*\*\* Dickdarmoperationen (Colon)
- Kaiserschnitt (Sectio)
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen



**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	6	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	35	2	8.90%	0.00%	33.30%	5.71% (0.00% - 1.50%)
Kaiserschnitt (Sectio)	83	2	1.60%	1.64%	1.22%	2.41% (0.10% - 2.80%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	88	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

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

Bewertung der Ergebnisse der nationalen Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso:

Es ist erfreulich festzustellen, dass nach Blinddarmentfernungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren nie Infektionen aufgetreten sind.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die deutliche Reduzierung der Infektionsrate bei Dickdarmoperationen im Vergleich von 2022 zu 2023 um fast 30%. Es ist wichtig, die Entwicklung weiterhin aufmerksam zu verfolgen, um sicherzustellen, dass dieser positive Trend anhält und etwaige negative Veränderungen frühzeitig erkannt und adressiert werden können.

In Bezug auf Kaiserschnitte ist zu bemerken, dass sich die Infektionsrate von 2022 zu 2023 verdoppelt hat, von 1,22% auf 2,41%. Es ist hier wichtig zu betonen, dass solche Schwankungen als normal betrachtet werden können, da es sich um eine Erhöhung von einer zu zwei Infektionen handelt. Dennoch ist es entscheidend, diese Entwicklung genau zu überwachen, um sicherzustellen, dass keine weiteren Anstiege auftreten und gegebenenfalls geeignete Massnahmen ergriffen werden können.

**Angaben zur Messung**

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

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Meldecenter - Feedback / Schaden und Verlust

Projektname:

Implementierung der Module "Feedback" und "Schaden & Verlust" im Meldecenter.

Projektziel:

Das Ziel dieses internen Projekts ist die Integration der Module "Feedback" und "Schaden & Verlust" in das Meldecenter. Durch diese Implementierung streben wir Zeitersparnisse an und möchten eine saubere und einheitliche Dokumentation aller Patientenfeedbacks sowie aller Schaden- und Verlustfälle erreichen.

Projektablauf:

1. Optimierung der Module im Team Stab Direktion: Zunächst wurden die Module von unserem Team im Stab Direktion für die interne Nutzung finalisiert. Dabei wurden alle notwendigen Funktionen aktiviert und nicht benötigte Funktionen deaktiviert, um eine effiziente Nutzung sicherzustellen.
2. Pilotphase Feedback- und Schaden-/Verlustmodul: Für beide Module wird eine Pilotphase gestartet, für das Modul Schaden & Verlust 2 Wochen und für das Feedbackmodul 3 Monate. Beide Pilotphasen werden per Q2 2024 abgeschlossen sein.
3. Evaluation und Feedback: Während der Pilotphase werden kontinuierlich Feedback und Erfahrungen gesammelt, um sicherzustellen, dass die Module den Anforderungen und Erwartungen entsprechen. Anhand dieses Feedbacks werden gegebenenfalls Anpassungen vorgenommen.
4. Kommunikation der Online-Schaltung: Nach erfolgreicher Abschluss der Pilotphase wird die Online-Schaltung der Module intern kommuniziert. Die Online-Schaltung der Module wird am 01.04.2024 stattfinden.

Nutzen der Implementierung:

- Zeitersparnisse durch effiziente Dokumentation und Verwaltung von Feedbacks, Schaden- und Verlustfällen.
- Saubere und einheitliche Dokumentation aller relevanten Informationen.
- Verbesserte Nachverfolgung und Bearbeitung von Vorfällen.
- Erhöhte Transparenz und Effizienz im Meldeprozess.

Das Projekt wird unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Anforderungen aller beteiligten Bereiche durchgeführt, um einen reibungslosen Übergang und eine erfolgreiche Integration der Module zu gewährleisten.

### 18.1.2 Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

**Projektname:**

Organisationsentwicklungsprojekt zur Weiterentwicklung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes, wie die Erstellung eines Reglements inklusive Intranetseite für alle Mitarbeitenden des KSGL.

**Projektziel:**

Das Ziel dieses Projektes ist es allen Mitarbeitenden des KSGL einen sicheren Arbeitsplatz zu gewährleisten. Dazu wurde ein umfassendes Reglement erstellt sowie die Intranetseite überarbeitet, welche den Mitarbeitenden des KSGL hilft die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz (AS/GS) am KSGL einzuhalten.

**Projektablauf:**

Die Ablauf beinhaltet eine sorgfältige Analyse der bestehenden Richtlinien und Bedürfnisse der Mitarbeitenden sowie eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen, einschliesslich Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Betriebswirtschaftlern, Technikern und Administratoren. Basierend auf den Erkenntnissen aus Begehungen durch das Arbeitsinspektorat des Kantons und der Suva wurden Massnahmenpläne und Richtlinien in enger Zusammenarbeit mit H+ erstellt bzw. von H+ übernommen. Diese werden ab Ende Februar 2024 für alle Mitarbeitenden des KSGL gelten.

**Nutzen des Projektes:**

Alle Mitarbeitenden sind über AS/GS am KSGL effektiv informiert und darauf geschult. Arbeitsunfällen und damit verbundene Ausfälle von Mitarbeitenden werden vorgebeugt. Die Re-Zertifizierung gemäss der H+-Branchenlösung erfolgreich zu erhalten.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

### 18.2.1 Meldecenter - CIRS / Vigilanzen

Projektname:

Implementierung der Module "CIRS" und "Vigilanzen" im Meldecenter.

Projektziel:

Das Ziel dieses internen Projekts ist die Integration der Module "CIRS" und "Vigilanzen" in das Meldecenter. Durch diese Implementierung streben wir Zeitersparnisse an und möchten eine saubere und einheitliche Dokumentation aller CIRS-Fälle sowie aller Hamo-, Pharmako-, und Medizinprodukte / IVR-Vigilanzmeldungen erreichen.

Projekttablauf:

1. Optimierung der Module im damaligen Team Unternehmensentwicklung: Zunächst wurden die Module von unserem Team der Unternehmensentwicklung für die interne Nutzung finalisiert. Dabei wurden alle notwendigen Funktionen aktiviert und nicht benötigte Funktionen deaktiviert, um eine effiziente Nutzung sicherzustellen.
2. Testphase: Im Anschluss wurde eine Testphase gestartet, während Test-CIRS-Fälle im neuen Meldecenter erfasst worden sind und mit den beteiligten Personen die Abläufe besprochen wurden.
3. Evaluation und Feedback: Während der Testphase wurden Feedback und Erfahrungen gesammelt, um sicherzustellen, dass die Module den Anforderungen und Erwartungen entsprechen. Anhand dieses Feedbacks wurden weitere Anpassungen vorgenommen.
4. Kommunikation der Online-Schaltung: Nach erfolgreicher Abschluss der Pilotphase wurde die Online-Schaltung der Module intern kommuniziert und das Modul CIRS per Januar 2023 und Vigilanzen per März 2023 aktiviert.

Nutzen der Implementierung:

- Zeitersparnisse durch effiziente Dokumentation und Verwaltung von CIRS-Fällen und Vigilanzmeldungen.
- Saubere und einheitliche Dokumentation aller relevanten Informationen.
- Verbesserte Nachverfolgung und Bearbeitung von Fällen und Meldungen.
- Erhöhte Transparenz und Effizienz im Meldeprozess.
- Motivation für die Mitarbeitenden CIRS-Fälle und Vorkommnisse zu melden.

Das Projekt wurde unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Anforderungen aller beteiligten Bereiche durchgeführt, um einen reibungslosen Übergang und eine erfolgreiche Integration der Module zu gewährleisten.

Die erhöhte Anzahl an CIRS-Meldungen im Januar 2023 hat gezeigt, dass die Mitarbeitenden durch das Meldecenters motiviert worden sind Fälle zu melden.

## 18.2.2 Patientenfeedback

### Projektname:

Optimierung des Patientenfeedback-Fragebogens und Implementierung eines verbesserten Auswertungssystems.

### Projektziel:

Das Ziel dieses Projekts ist die Überarbeitung und Optimierung des Patientenfeedback-Fragebogens, der Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung nach einem stationären Aufenthalt ausgehändigt wird. Der überarbeitete Fragebogen soll eine präzisere Erfassung des Patientenfeedbacks ermöglichen und gleichzeitig die Auswertung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen im Spital erleichtern.

### Projektbeschreibung:

Der Patientenfragebogen zur Erfassung von Feedback nach einem stationären Aufenthalt wurde im Berichtsjahr einem umfassenden Überarbeitungsprozess unterzogen. Dies umfasste die Anpassung der Fragen, die Optimierung des Layouts und die Integration eines verbesserten Auswertungssystems. Die Fragen wurden so überarbeitet, dass sie eine detailliertere und differenziertere Bewertung der verschiedenen Aspekte des Aufenthalts ermöglichen. Ein wesentlicher Schwerpunkt des Projekts lag auf der Implementierung eines verbesserten Auswertungssystems. Durch die Optimierung des Fragebogens und die Einführung eines neuen Auswertungssystems wurde es nun möglich, Feedbackergebnisse pro Bereich und Department zu analysieren. Dies ermöglicht es den Verantwortlichen, gezieltere Massnahmen zur Verbesserung der Patientenerfahrung zu ergreifen.

### Nutzen der Implementierung:

Nach Abschluss des Projekts wurde der überarbeitete Patientenfeedback-Fragebogen sowie das neue Auswertungssystem vollständig implementiert und in den regulären Prozess integriert. Ein kontinuierliches Monitoring der Feedbackergebnisse sowie regelmässige Evaluierungen stellen sicher, dass das System kontinuierlich verbessert wird, die Ergebnisse im Intranet publiziert und bei Bedarf Massnahmen ergriffen werden. Dies trägt zur langfristigen Steigerung der Patientenzufriedenheit bei.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 SanaCERT - Überwachungsaudit

Projektname:

Vorbereitung auf das routinemässige Überwachungsaudit für das SanaCERT Zertifikat.

Projektziel:

Das Ziel dieses Projekts ist die erfolgreiche Vorbereitung auf das Überwachungsaudit für das SanaCERT Zertifikat im Jahr 2024. Obwohl das Überwachungsaudit weniger umfassend ist als das Re-Zertifizierungsaudit und nur einen Tag dauert, erfordert es dennoch eine gründliche Vorbereitung, um sicherzustellen, dass alle internen Prozesse den Zertifizierungsanforderungen entsprechen. Zusätzlich soll eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden für das Audit stattfinden.

Projektablauf:

Nachdem im Berichtsjahr das Re-Zertifizierungsaudit erfolgreich und ohne Auflagen absolviert wurde, steht nun das Überwachungsaudit für das SanaCERT Zertifikat an.

Das Projekt umfasst mehrere Schritte, um die Vorbereitung auf das Überwachungsaudit sicherzustellen:

1. Erstellung des Selbstbewertungsberichts pro zertifiziertem Standard: Es wird ein detaillierter Bericht erstellt, der den aktuellen Stand der Einhaltung der Zertifizierungsstandards dokumentiert. Dieser Bericht dient als Grundlage für das Überwachungsaudit.
2. Durchführung interner Audits: Interne Audits werden durchgeführt, um sicherzustellen, dass alle relevanten Prozesse und Verfahren den Zertifizierungsanforderungen entsprechen. Etwaige Abweichungen oder Verbesserungspotenziale werden identifiziert und behoben.
3. Gewährleistung der Einhaltung interner Prozesse: Es wird sichergestellt, dass alle internen Prozesse und Verfahren nachweislich eingehalten werden. Dies umfasst die Überprüfung von Dokumentationen, Schulungen und Qualitätskontrollen.
4. Sensibilisierung der Mitarbeitenden: Die Mitarbeitenden werden über das bevorstehende Überwachungsaudit informiert und für die Bedeutung der Zertifizierung sensibilisiert.

Nutzen des Projekts:

Die internen Prozesse und Verfahren entsprechen den Zertifizierungsanforderungen, und die Mitarbeitenden sind für das Audit sensibilisiert und gut vorbereitet. Das KSGL ist somit bereit, das Überwachungsaudit erfolgreich zu bestehen und die Gültigkeit des SanaCERT Zertifikats zu erhalten.



### 18.3.2 IVR - Rettungsdienst

Projektname:

IVR Re-Zertifizierung des Rettungsdienstes zum Erhalt des neuen Zertifikats.

Projektziel:

Das Ziel dieses Projekts ist die erfolgreiche Re-Zertifizierung des Rettungsdienstes gemäss den Anforderungen des IVR.

Projektbeschreibung:

In Vorbereitung auf die Zertifizierung wurde sämtlicher Qualitätsmanagementdokumente des Rettungsdienstes überarbeitet und aktualisiert. Hierfür werden die Dokumente des Qualitätsmanagements des Rettungsdienstes einer gründlichen Überprüfung unterzogen, aktualisiert, erstellt oder falls erforderlich archiviert. Des Weiteren wurden die Prozessdokumentationen im Prozesshandbuch überarbeitet und die Kopf- und Fusszeilen einheitlich gestaltet, um den Qualitätsstandards des gesamten Spitals zu entsprechen.

Nutzen des Projekts:

Nach Abschluss des Projekts werden sämtliche überarbeiteten Dokumente des Qualitätsmanagements des Rettungsdienstes bereitgestellt und für die anstehende Re-Zertifizierung vorbereitet. Ein reibungsloser Ablauf der Zertifizierung wird durch die Aktualisierung und Optimierung der Dokumentationen gewährleistet.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Relevanz der medizinischen Qualität und die Zugänglichkeit hochwertiger medizinischer Leistungen werden in unserer Gesellschaft zunehmend wichtiger. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass wir im Gesundheitswesen bestrebt sind, die Qualität unserer Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern und transparent zu kommunizieren.

Von Seiten des Bundes ist es ein erklärtes Ziel, die Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen systematisch und strukturiert zu verbessern. Politische Entscheidungsträger sollen anhand von Gesundheitsdaten ableiten können, welche Gesundheitsrisiken am grössten sind und wer am stärksten betroffen ist. Entsprechend werden Leistungen von Gesundheitseinrichtungen angepasst und neu konzipiert.

Ein weiteres Ziel ist es, dass die Gesellschaft besser über die Qualität der Leistungserbringung informiert ist. Ein nationaler Qualitätsvertrag wird zukünftig eine verbindliche, einheitliche und transparente Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken sicherstellen.

Im KSGL messen wir nicht nur Qualität, sondern wir verbessern sie aktiv und transportieren transparente Qualitätsinformationen an unterschiedliche Empfänger. Das Managen von Qualität ist komplex und aufwändig, aber unverzichtbar für unsere zukünftige Ausrichtung.

Die Prüfung und Optimierung von Prozessen sind grundlegende Voraussetzungen für Qualität, denn ohne strukturiertes Qualitätsmanagement kann kein Spital langfristig bestehen. Es gibt kein Patentrezept für erfolgreiches Qualitätsmanagement.

Als kleineres Spital ist das KSGL auf etablierte Messungen und Qualitätsprogramme angewiesen, wie zum Beispiel die Messungen des ANQ oder die Programme der Stiftung Patientensicherheit. Die Umsetzung dieser Massnahmen liegt in unserer Verantwortung.

Wir sind stets bestrebt, die Qualität unserer Leistungen zu verbessern und unseren Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten.

Ihre Sicherheit und Zufriedenheit stehen für uns an erster Stelle.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Qualitätsbericht für das Jahr 2023.

Glarus, 1. Mai 2024

Dr. Stephanie Hackethal, CEO

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
<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
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie

**Bemerkungen**

Alternativ-Komplementärmedizin

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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