



KANTONSSPITAL
OBWALDEN

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

18.01.2018
Daniel Lüscher, Spitaldirektor/CEO

Version 2



Kantonsspital Obwalden

www.ksow.ch



Akutsomatik

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 2017.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

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 2017

Frau
Nadja Ineichen
Leiterin Qualitätsmanagement
041 666 42 67
nadja.ineichen@ksow.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

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

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

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Impressum | 2 |
| Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz | 3 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Organisation des Qualitätsmanagements | 7 |
| 2.1 Organigramm | 7 |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 7 |
| 3 Qualitätsstrategie | 8 |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 | 8 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 | 8 |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 8 |
| 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten | 9 |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen | 9 |
| 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben | |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen | 10 |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte | 11 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen | 16 |
| 4.5 Registerübersicht | 17 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 18 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 19 |
| Befragungen | 20 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 20 |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | 20 |
| 5.2 Eigene Befragung | 21 |
| 5.2.1 Stationäre Patientenbefragung | 21 |
| 5.2.2 Ambulante Patientenbefragung | 21 |
| 5.3 Beschwerdemanagement | 22 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | 23 |
| 7.1 Eigene Befragung | 23 |
| 7.1.1 Mitarbeiterbefragung | 23 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | 25 |
| 8.1 Eigene Befragung | 25 |
| 8.1.1 Zuweiserbefragung | 25 |
| 8.1.2 Belegarztbefragung | 27 |
| Behandlungsqualität | 29 |
| 9 Wiedereintritte | 29 |
| 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen | 29 |
| 10 Operationen | 30 |
| 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen | 30 |
| 11 Infektionen | 31 |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | 31 |
| 12 Stürze | 34 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 34 |
| 13 Wundliegen | 36 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) | 36 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag. | |
| 15 Psychische Symptombelastung | |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| | Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag. | |
| 16 | Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand | |
| | Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag. | |
| 17 | | |
| | Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt. | |
| 18 | Projekte im Detail | 38 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 38 |
| 18.1.1 | Ersatzbeschaffung Rettungswagen | 38 |
| 18.1.2 | Optimierung Personal-Ein- und Austrittsprozess | 39 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 | 40 |
| 18.2.1 | Zuweiser- und Belegarztbefragung | 40 |
| 18.2.2 | Neuer Imagefilm | 40 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 41 |
| 18.3.1 | Zertifizierung der AEMP | 41 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 42 |
| | Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot | 43 |
| | Akutsomatik | 43 |
| | Anhang 2 | |
| | Herausgeber | 45 |

1 Einleitung

Kantonsspital Obwalden – Nähe erleben, Qualität leben

Das Kantonsspital Obwalden (KSOW) ist ein zukunftsorientiertes Spital mit dem Auftrag, die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Geführt werden die Kliniken Medizin, Chirurgie, Anästhesie und Frauenklinik - unterstützt durch Belegärzte in Frauenheilkunde, HNO, Neurochirurgie, Ophthalmologie, Orthopädie, Traumatologie, Urologie und Zahnmedizin. Der Leistungsumfang im stationären Bereich ist im Leistungsauftrag des Kantons Obwalden geregelt.

Als Arbeitgeber mit 488 Beschäftigten verteilt auf rund 370 Vollzeitstellen ist das KSOW einer der grössten Arbeitgeber im Kanton. Über 10 % der Arbeitsplätze sind Aus- und Weiterbildungsstellen.

Mit den Haus-, Beleg- und Fachärzten pflegt das KSOW eine sehr gute Zusammenarbeit, sie spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgungskette.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

<https://www.ksow.ch/de/unternehmen/organisation.php>

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Nadja Ineichen
Leiterin Qualitätsmanagement
Kantonsspital Obwalden
041 666 42 47
nadja.ineichen@ksow.ch

3 Qualitätsstrategie

Professionelles Qualitätsmanagement hat am Kantonsspital Obwalden (KSOW) eine lange Tradition.

Als kundenorientiertes Unternehmen will das KSOW mehr als nur seine Pflicht erfüllen. Dementsprechend sind wir bestrebt, unsere Leistungen ständig zu überprüfen und laufend zu verbessern.

Die Nähe zum Patienten, der enge Kontakt mit Haus- und Fachärzten, Heimen und weiteren Beteiligten der Behandlungskette sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind zentrale Elemente unseres Qualitätsverständnisses.

UNSERE QUALITÄT - basierend auf dem Leitbild des KSOW - // Wir wissen, was wir können und was von uns erwartet wird. Deshalb entwickeln wir uns durch ständiges Lernen und stete Verbesserung unserer Prozesse und unserer Leistungen zielgerichtet weiter.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- Erhebung der Zuweiser-, Belegarzt- und Mitarbeiterzufriedenheit
- Prozess-, Qualitäts- und Dienstleistungsoptimierungen
- Durchführung der Pflichtmessungen des ANQ

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Zuweiser-, Belegarzt- und Mitarbeiterbefragungen wurden durchgeführt, die Messergebnisse analysiert, bewertet und kommuniziert sowie daraus entsprechende Massnahmen abgeleitet, teils bereits umgesetzt.
- Verschiedene Projekte in den Bereichen Prozess-, Qualitäts- und Dienstleistungsoptimierungen wurden erfolgreich realisiert.
- Messungen des ANQ wurden gemäss Vorgaben durchgeführt.
- H+ Audit der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes wurde erfolgreich bestanden (mit 52 von 55 Punkten). Beim Thema Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wurden entsprechende Massnahmen abgeleitet, teils bereits umgesetzt.
- Kader- und Mitarbeiterumfragen zum Thema "Sicherheitskultur im Kantonsspital Obwalden und der Umgang mit Fehlern aus Sicht Patientensicherheit" wurden durchgeführt, die Messergebnisse analysiert, bewertet und kommuniziert sowie daraus entsprechende Massnahmen abgeleitet.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Kantonsspital Obwalden strebt auch in den kommenden Jahren eine nachhaltige Sicherung der Qualität und eine kontinuierliche Optimierung von Strukturen, Prozessen und Dienstleistungen an.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen: |
|--|
| <i>Akutsomatik</i> |
| ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik |
| ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen |
| ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen |
| ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus |

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> |
| ▪ Stationäre Patientenbefragung |
| ▪ Ambulante Patientenbefragung |
| <i>Mitarbeiterzufriedenheit</i> |
| ▪ Mitarbeiterbefragung |
| <i>Zuweiserzufriedenheit</i> |
| ▪ Zuweiserbefragung |
| ▪ Belegarztbefragung |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Entwicklungsnachmittage für Kadermitarbeitende

| | |
|---|---|
| Ziel | Mitgestaltung der Entwicklung des KSOW |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 4x jährlich |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Prozessmanagement

| | |
|---|---|
| Ziel | Verbesserung der Geschäftsprozesse und somit die stetige Optimierung der Arbeitsabläufe hinsichtlich Kundenzufriedenheit, Qualität, Zeit und Kosten |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Interne und externe Audits

| | |
|---|---|
| Ziel | Qualitätssicherung sowie kontinuierliche Prozessoptimierung |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Patienten-, Zuweiser-, Belegarzt- und Mitarbeiterbefragungen

| | |
|---|--|
| Ziel | Erhöhung der Kundenzufriedenheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Obligatorische Einführungsveranstaltung für neue Mitarbeitende

| | |
|---|---|
| Ziel | Information, Integration, Motivation |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Aktion Grippeimpfung für Mitarbeitende

| | |
|---|---|
| Ziel | Patienten- und Mitarbeiterschutz |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Jährlich im Herbst |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Arbeitsgruppe Hygiene / Hygienekommission

| | |
|---|--|
| Ziel | Förderung der Qualitätsentwicklung. Beratung und Erstellung von Normen rund um die Spitalhygiene |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 4x jährlich / halbjährlich |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung und -qualität

| | |
|---|--|
| Ziel | Förderung der Pflegeentwicklung und und Erhaltung der Pflegequalität |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Alle bettenführenden Pflegestationen |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 1x monatlich |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Arbeitsgruppe CIRS / CIRS-Konferenz

| | |
|---|---|
| Ziel | Förderung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 2x monatlich / 1x jährlich |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Arbeitsgruppe Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

| | |
|---|---|
| Ziel | Förderung und Umsetzung von Massnahmen im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 4x jährlich |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Gesundheitsförderung und Prävention

| | |
|---|--|
| Ziel | Erhaltung und Stärkung der Gesundheit der Mitarbeitenden |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Patientenidentifikationsarmbänder

| | |
|---|---|
| Ziel | Erhöhung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Akutsomatik |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Postoperative Wundinfekte-Prophylaxe

| | |
|---|---|
| Ziel | Erhöhung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Sturz-Prophylaxe

| | |
|---|---|
| Ziel | Erhöhung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Dekubitus-Prophylaxe

| | |
|---|---|
| Ziel | Erhöhung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Meldeportal CIRS

| | |
|---|--|
| Ziel | Prävention und Management von kritischen Ereignissen und Zwischenfällen / Lernen aus Fehlern |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Meldeportal Hämovigilanz, Materiovigilanz, Pharmakovigilanz

| | |
|---|---|
| Ziel | Erhöhung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Meldeportal Mitarbeiter- und Arbeitssicherheit

| | |
|---|---|
| Ziel | Erhöhung der Mitarbeiter- und Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |

Meldeportal Sturz

| | |
|---|----------------------------------|
| Ziel | Erhöhung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |

Verwendung von Blasenkathetern

| | |
|---|--|
| Ziel | Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 2016-2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

CNE Certified Nursing Education - ein multimediales Fortbildungskonzept für die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege

| | |
|---|--|
| Ziel | Aktualisierung und Erweiterung der Pflegekompetenz |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Pflege |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

<https://intranet.ksow.ch>

| | |
|---|--|
| Ziel | Optimierung des Informations-, Kommunikations- und Arbeitswerkzeuges der Mitarbeiter |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Intermediate Care

| | |
|---|---|
| Ziel | Umbau und Ersatzbeschaffung von Geräten |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | IMC |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Rettungswagen

| | |
|---|---|
| Ziel | Evaluation, Ersatzbeschaffung und Installation eines Rettungswagens |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Rettungsdienst |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 2017-2018 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte

| | |
|---|--|
| Ziel | Zertifizierung nach EN ISO 13485 |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | AEMP |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 2017-2018 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Kardiologie

| | |
|---|--|
| Ziel | Beschäftigung von Assistenzärzten |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Kardiologie |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

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 ein CIRS im Jahr 2009 eingeführt.

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

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

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

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen | | | |
|---|--|--|---------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| SIRIS Schweizerisches Implantatregister | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch | 2012 |
| SafW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin | Adjumed Services AG www.safw.ch | 2012 |
| ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch | 2004 |
| SBCDB Swiss Breast Center Database | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch | 2013 |
| AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin | AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch | 1997 |
| AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie | Adjumed Services AG www.aqc.ch | 2010 |
| TR-DGU TraumaRegister DGU | Orthopädische Chirurgie | AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de | 2016 |
| KR Zentralschweiz Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden | Alle | www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html | 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 |
| Arbeitssicherheit H+ (EKAS) | Ganzer Betrieb | 2004 | 2017 | Attest der Fachstelle der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit |
| Anerkennung SAfW | Wundambulatorium | 2012 | 2016 | SAfW (Schweiz. Gesellschaft für Wundbehandlung) Zertifikat für das Wundambulatorium als anerkanntes Wundbehandlungszentrum |
| Swissnoso, interne SSI-Surveillance-Prozesse | Spitalhygiene | 2013 | 2015 | Audit/Evaluation der Surveillance Prozesse, Schweizerische Richtlinie |
| Schweizerische Richtlinie zur Aufbereitung flexibler Endoskope (www.svep.ch) | Endoskopie | 2010 | 2017 | Audit 1x/Jahr Weisse Liste Hygienetests (www.sggssg.ch) |
| EN ISO 9001:2015 | Frauenklinik | 2013 | 2017 | Doc-Cert Zertifikat für die Frauenklinik als Partnerin des Netzwerks Brustzentrum Luzern |
| TraumaNetzwerk DGU® Lokales Traumazentrum | Chirurgie | 2016 | 2016 | DIOcert Zertifikat für das KSOW als lokales Traumazentrum des Netzwerks Traumatologie Zentralschweiz |

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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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 subjektiver Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

| Fragen | Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%) |
|--|--|
| Kantonsspital Obwalden | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.28 (4.14 - 4.42) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.74 (4.60 - 4.89) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.66 (4.53 - 4.79) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.72 (4.54 - 4.89) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 4.17 (4.01 - 4.34) |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 92.92 % |

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

| Angaben zur Messung | | | |
|--|---------------------|--|--------|
| Nationales Auswertungsinstitut | | ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne | |
| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. | |
| Kantonsspital Obwalden | | | |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2016 | 237 | | |
| Anzahl eingetroffener Fragebogen | 113 | Rücklauf in Prozent | 47.7 % |

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Stationäre Patientenbefragung

IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG. Lob, Kritik, Anregungen und Wünsche

Im Rahmen des Feedbackmanagements liefert die permanente Messung der Patientenzufriedenheit wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Kantonsspital Obwalden und die Betreuung empfinden. Dies ermöglicht es dem Kantonsspital Obwalden, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements des Kantonsspitals Obwalden.

Der Rückmeldefragebogen (Inzidenzmessung) mit freiwilliger Angabe von Name und Adresse kann von Patienten wie auch von Angehörigen verwendet werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Patientenbefragung findet im stationären Bereich des Kantonsspitals Obwalden statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Patientenbefragung wird in Papierform durchgeführt.

5.2.2 Ambulante Patientenbefragung

Die sporadische, wiederholende Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Kantonsspital Obwalden und die Betreuung empfinden. Dies ermöglicht es dem Kantonsspital Obwalden, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements des Kantonsspitals Obwalden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Patientenbefragung findet im ambulanten Bereich des Kantonsspitals Obwalden statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Patientenbefragung ist anonym und wird online durchgeführt.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Obwalden

Qualitätsmanagement

Nadja Ineichen

Leiterin Qualitätsmanagement

041 666 42 67

nadja.ineichen@ksow.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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Arbeitssituation empfinden. Dies ermöglicht es dem Kantonsspital Obwalden, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen, und wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Mitarbeiterbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements des Kantonsspitals Obwalden.

Die Mitarbeiterbefragung ist anonym und wird in Papierform durchgeführt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom April 2017 bis Juni 2017 durchgeführt.

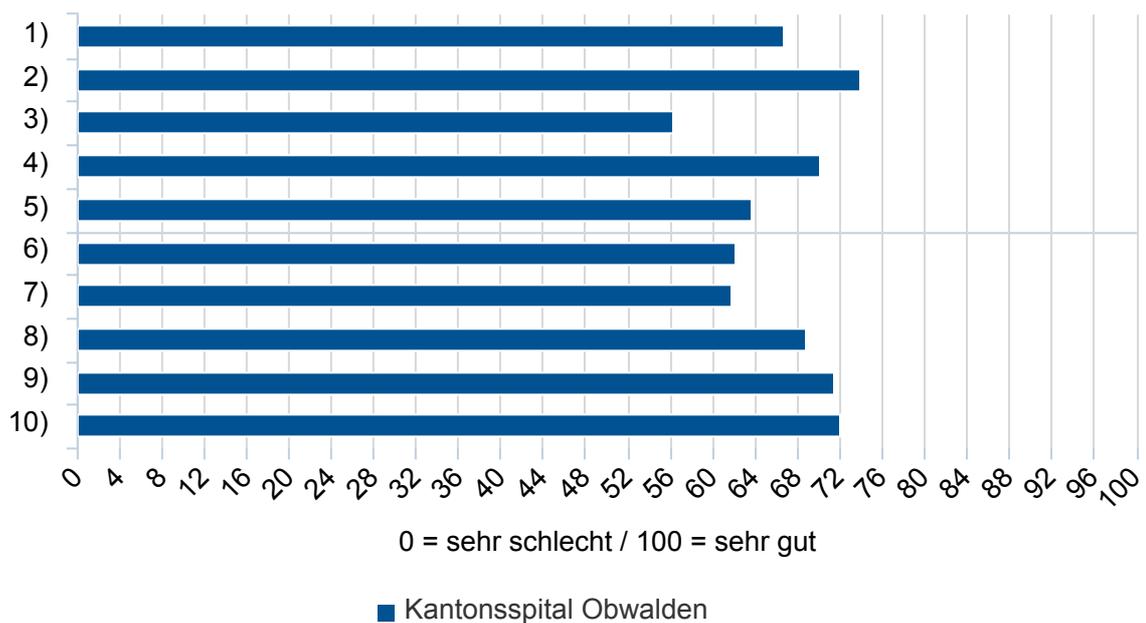
Die Mitarbeiterbefragung findet im allen Bereichen des Kantonsspitals Obwalden statt.

Im Befragungszeitraum werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt, die per 31. März 2017 am Kantonsspital Obwalden beschäftigt sind.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Kantonsspital Obwalden | 66.70 | 74.00 | 56.20 | 70.10 | 63.70 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|-----------------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 6) | 7) | 8) | 9) | 10) | | |
| Kantonsspital Obwalden | 62.20 | 61.80 | 68.80 | 71.40 | 72.10 | 282 | 63.70 % |

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

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Nationales 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 Zuweiserbefragung

Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die zuweisenden Ärztinnen und zuweisenden Ärzte die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Obwalden und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfinden. Dies ermöglicht es dem Kantonsspital Obwalden, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Zuweiserbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements des Kantonsspitals Obwalden.

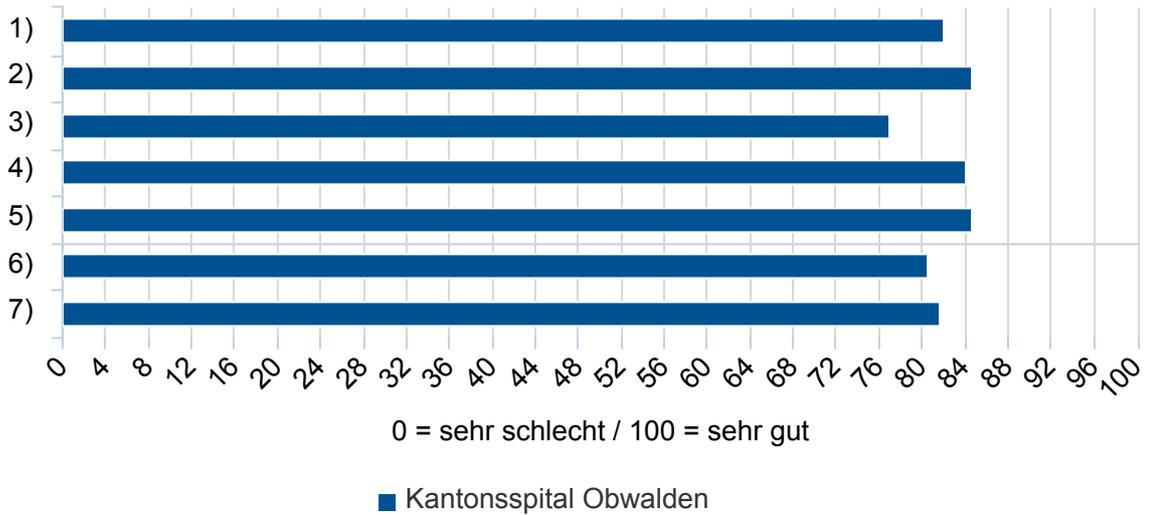
Die Zuweiserbefragung wird online und in Papierform durchgeführt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom April 2017 bis Juni 2017 durchgeführt. Die Zuweiserbefragung findet in allen Bereichen des Kantonsspitals Obwalden statt.

Im Befragungszeitraum werden alle Allgemeinärztinnen und -ärzte (Grundversorger) oder Fachärztinnen und -ärzte (Spezialisten) mit eigener Arztpraxis oder Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ohne unterzeichnetem Belegarztvertrag des Kantonsspitals Obwalden und Zuweisungen ins Kantonsspital Obwalden im Geschäftsjahr 2016 von mindestens einem Patienten (ambulant und/oder stationär), wenn der Arzt im Kanton Obwalden oder im Kanton Nidwalden niedergelassen ist oder von mindestens zwei Patienten (ambulant und/oder stationär), wenn der Arzt in einem anderen Schweizer Kanton niedergelassen ist. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Medizinische Qualität
- 3) Organisation
- 4) Einweisungsprozess
- 5) Zusammenarbeit
- 6) Berichtswesen
- 7) Patienten/Image



| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Kantonsspital Obwalden | 82.10 | 84.70 | 76.90 | 84.00 | 84.60 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|-----------------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 6) | 7) | | |
| Kantonsspital Obwalden | 80.50 | 81.70 | 27 | 21.60 % |

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

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

Bemerkungen

Die Ergebnisse werden ausgewertet und den zuweisenden Ärztinnen und Ärzte an einem Anlass präsentiert. Aus den Rückmeldungen der Zuweiser werden Massnahmen entwickelt, um die Zufriedenheit der Zuweiser mit dem Spital zu stärken.

8.1.2 Belegarztbefragung

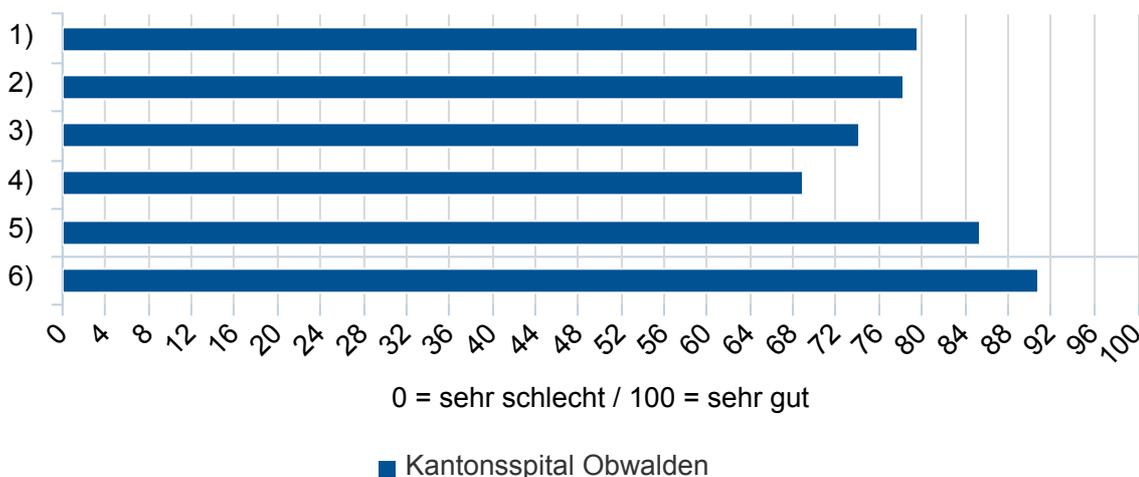
Die Messung der Belegarztzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Belegärztinnen und -ärzte die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Obwalden und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfinden. Dies ermöglicht es dem Kantonsspital Obwalden, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Belegarztzufriedenheit ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements des Kantonsspitals Obwalden.

Die Belegarztbefragung wird online durchgeführt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom April 2017 bis Juni 2017 durchgeführt. Die Belegarztbefragung findet im allen Bereichen des Kantonsspitals Obwalden statt. Im Befragungszeitraum werden alle niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte (Spezialisten) mit unterzeichnetem Belegarztvertrag des Kantonsspitals Obwalden und eigener Behandlung im Kantonsspital Obwalden von mindestens einem Patienten (ambulant und/oder stationär) im Geschäftsjahr 2016 oder zwischen Januar und März 2017. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Infrastruktur
- 3) Spitalleitung
- 4) Anmeldeprozess
- 5) Schnittstellen
- 6) Patienten/Image



| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Kantonsspital Obwalden | 79.50 | 78.20 | 74.10 | 68.90 | 85.30 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 6) | | |
| Kantonsspital Obwalden | 90.80 | 15 | 68.20 % |

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

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

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

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.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Der ANQ veröffentlicht die Daten noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Sobald die Datenqualität gewährleistet ist, wird der ANQ diese transparent auf seiner Website aufschalten und sie können dort nachgesehen werden.

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

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 und www.sqlape.com

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Ergebnisse der Messung potentiell vermeidbare Reoperationen werden vorläufig nicht durch ANQ veröffentlicht.

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

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

Messergebnisse

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

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*) |
|---|--|--|---|--------|-------|---|
| | | | 2014 | 2015 | 2016 | |
| Kantonsspital Obwalden | | | | | | |
| Blinddarm-Entfernungen | 39 | 2 | 0.00% | 7.40% | 2.60% | 5.70% (0.00% - 22.80%) |
| *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen | 11 | 0 | 0.00% | 5.20% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 28.50%) |
| Hernienoperationen | 104 | 1 | 0.80% | 0.00% | 1.10% | 0.90% (0.00% - 2.70%) |
| *** Dickdarmoperationen (Colon) | 5 | 0 | 15.20% | 25.40% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 52.20%) |
| Kaiserschnitt (Sectio) | 55 | 1 | 0.00% | 7.10% | 1.90% | 1.80% (0.00% - 5.30%) |

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

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*) |
|---|--|--|---|-------|-------|---|
| | | | 2013 | 2014 | 2015 | |
| Kantonsspital Obwalden | | | | | | |
| Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen | 105 | 3 | 0.00% | 1.40% | 1.10% | 3.10% (0.00% - 6.40%) |

* 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Keine Selektion, seit 2010 kein Wechsel der Eingriffsarten. Es konnten in dieser Zeit zahlreiche Optimierungsmassnahmen, z.B. in der Dokumentenqualität, optimales Zeitfenster der Antibiotika-Prophylaxe, Anpassung von Prozessen usw. angegangen werden. Über die Messergebnisse wurde anlässlich der Sitzung der Spitalleitung vom 19.04.2018 informiert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| Kantonsspital Obwalden | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 0 | 0 | 0 | 0 |
| In Prozent | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| Residuum* (CI** = 95%) | -0.1 (-0.69 - 0.49) | -0.04 (-0.58 - 0.51) | -0.26 (-1.21 - 0.69) | |

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürze auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** 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.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten der nationalen Prävalenzmessung Sturz 2017 werden noch nicht durch ANQ publiziert. Der interdisziplinäre Mehrfachinterventionsansatz des implementierten Sturzpräventionsprogramms wird weitergeführt.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

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

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|--|--------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | |
| Kantonsspital Obwalden | | | |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017 | 39 | Anteil in Prozent (Antwortrate) | 97.50% |

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen 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. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

| | Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | Vorjahreswerte | | | 2017 | In Prozent |
|--------------------------------|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------|------------|
| | | 2014 | 2015 | 2016 | | |
| Kantonsspital Obwalden | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | -0.09 (-0.82 - 0.65) | -0.04 (-0.97 - 0.90) | -0.15 (-1.22 - 0.92) | | 0.00% |
| | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | 0 | 0 | 0 | 0 | - |

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

** 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten der nationalen Prävalenzmessung Dekubitus 2017 wurden noch nicht durch ANQ publiziert. Die Richtlinie Dekubitusprophylaxe wird anhand des aktualisierten Expertenstandards vom deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2017) überarbeitet. Der Mehrfachinterventionsansatz wird weitergeführt.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | | |
|--|---------------------|---|--------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kinder). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | |
| Kantonsspital Obwalden | | | |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017 | 39 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | 97.50% |

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Ersatzbeschaffung Rettungswagen

Ausgangslage

Der 10-jährige Rettungswagen mit einer Leistung von 200'000 km muss ersetzt werden.

Ambulanzfahrzeuge werden im Schnitt nach spätestens 8 Jahren ersetzt, da die Zuverlässigkeit und Sicherheit stark nachlassen. Der Aufwand für Reparaturen steigt nach 6 Jahren enorm.

Die Einsatzbereitschaft des Rettungsdienstes ist weiter sicherzustellen.

Projektart

Beschaffungsprojekt

Projektziel

Am 1. Juni 2018 ist der neue Rettungswagen vollumfänglich betriebsbereit und in den Dienst gestellt.

Mit der Ersatzbeschaffung des Rettungswagens sollen folgende operativen Ziele erreicht werden:

- Die Einsatzbereitschaft des Rettungsdienstes mit einem nach den gesetzlichen Vorgaben/ Vorschriften entsprechendem Einsatzmittel jederzeit sicherstellen.
- Für die Mitarbeitenden des Rettungsdienstes eine sichere und gesundheitsfördernde Infrastruktur bereitstellen.
- Den Anforderungen angepasste Infrastruktur und Möglichkeiten bieten.
- Für die Patienten eine höchst mögliche dem heutigen Stand entsprechende Sicherheit bieten.

Projektdauer

1. Januar 2017 bis 30. Juni 2018

Projektablauf

- Konzeption
- Evaluation
- Produktion
- Übernahme und Inbetriebnahme

Im Projekt involvierte Organisationseinheiten

- Rettungsdienst
- Oekonomie/Einkauf
- Qualitätsmanagement

18.1.2 Optimierung Personal-Ein- und Austrittsprozess

Ausgangslage

Der aktuelle Ein- und Austrittsprozess des Personals manifestiert sich im Alltag als oft fehleranfällig und nicht durchgehend kohärent. Der fragmentierte Prozess durchläuft heute mehrere Abteilungen, die ihrerseits diverse manuelle Aufgaben zu erledigen haben. Die Folge davon sind teilweise unvollständige oder fehlerhafte Personaldaten, die regelmässig negative Auswirkungen insbesondere auf den Eintrittsprozess haben.

Projektart

Personalprojekt

Projektziel

Am 1. April 2018 laufen das Ein- und das Austrittsverfahren des Personals zentralisiert, standardisiert und digitalisiert über die Personalabteilung.

Mit der Prozessoptimierung sollen folgende operativen Ziele erreicht werden:

- Verbesserung der Datenqualität
- Steigerung der Effizienz

Projektdauer

1. Juni 2017 bis 30. Juni 2018

Projekttablauf

- Ist-Analyse und Ermittlung des Soll-Zustandes
- Konzeption
- Evaluation
- Realisierung
- Implementierung
- Einführung

Im Projekt involvierte Organisationseinheiten

- Personalabteilung
- Informatik
- Technik
- Patientenadministration
- Zentrales Arztsekretariat
- Sekretariat Pflegedienst und Kompetenzzentren
- Reinigungsdienst
- Oekonomie
- Qualitätsmanagement

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Zuweiser- und Belegarztbefragung

Ziel

Die Zufriedenheitsbefragungen der zuweisenden Ärzte und Belegärzte des Kantonsspitals Obwalden sind bis 31. Mai 2017 durchgeführt. Verbesserungsmassnahmen sind bis 31. Oktober 2017 geplant und kommuniziert.

Bereich

Ganzer Betrieb

Laufzeit

2017

18.2.2 Neuer Imagefilm

Ziel

Das Kantonsspital Obwalden erhält am 1. Oktober 2017 seinen neuen Imagefilm.

Bereich

Ganzer Betrieb

Laufzeit

2017

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung der AEMP

Ausgangslage

Mit der Aufbereitung von Medizinprodukten ist eine hohe Verantwortung verbunden. Die gesetzteskonforme Aufbereitung von Medizinprodukten steht immer mehr im Fokus der Öffentlichkeit. Die Ende 2016 erschienene „Gute Praxis zur Aufbereitung von Medizinprodukten“ fordert von AEMPs bezüglich Qualitätsmanagement (QM):

- Ein Qualitätsmanagementsystem für die AEMP, welches die aktuellen Anforderungen abbildet.
- Bei Durchführung von Aufbereitungsleistungen für Dritte: Die Zertifizierung der Betriebsstätte nach EN ISO 13485.

Vorteile einer Zertifizierung der Aufbereitung

- Eine Zertifizierung stellt ein sehr hohes Niveau des QM-Systems sicher, sowohl was die Qualität der Aufbereitung, wie auch die Rückverfolgbarkeit der aufbereiteten Medizinprodukte angeht.
- Da das QM-System sowieso an die neuen Anforderungen adaptiert werden müsste, bedeutet die Umsetzung eines zertifizierungsfähigen Systems einen überschaubaren Mehraufwand.
- Entlastung der externen Kunden bei der Instrumentenaufbereitung in deren Praxis (EN ISO 13060 wird neu strenger kontrolliert)
- Engere Zusammenarbeit mit den Hausärzten
- Intensivierung der Kundenbindung

Projektart

Zertifizierungsprojekt

Projektziel

Die AEMP des Kantonsspitals Obwalden ist im Jahr 2018 nach EN ISO 13485 zertifiziert.

Nutzen einer Zertifizierung der Aufbereitung

- Qualitätssicherung
- Vertrauen
- Transparente Arbeitsabläufe
- Verbessertes Marktzugang
- Gesetzeskonforme und beherrschbare Aufbereitung der Sterilgüter
- Besserer Know-how-Transfer
- Haftungsminderung
- Höchstmögliche Sicherheit für Patienten, Dritte und Anwender

Projektdauer

1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2018

Projekttablauf

- Analyse und Konzeption
- Prozessgestaltung
- Implementierung
- Verbesserung

Im Projekt involvierte Organisationseinheiten

- AEMP
- OPZ
- Spitalhygiene
- Qualitätsmanagement

19 Schlusswort und Ausblick

Das Kantonsspital Obwalden (KSOW) nutzt das Qualitätsmanagement als strategischen Wettbewerbsfaktor, damit sich nachhaltiger Geschäftserfolg und profitables Wachstum einstellen können.

Der Dank geht hierbei an alle Mitarbeitenden des KSOW, die engagiert im Sinne unseres Qualitätsgedankens täglich hervorragende Arbeit zum Wohle und zur Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten leisten.

So gilt es, das bisher hohe Qualitätsniveau weiterhin zu halten und im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in Teilbereichen zu intensivieren und weiterzuentwickeln.

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 und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

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

| |
|--|
| Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie) |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) |
| Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) |
| Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) |
| Elektrophysiologie (Ablationen) |
| Nieren (Nephrologie) |
| Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) |
| Urologie |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Radikale Prostatektomie |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) |
| Pneumologie |
| Bewegungsapparat chirurgisch |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| Wirbelsäulenchirurgie |
| Rheumatologie |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |
| Gynäkologie |
| Gynäkologie |
| Maligne Neoplasien des Corpus uteri |
| Maligne Neoplasien der Mamma |
| Geburtshilfe |
| Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und \geq 2000g) |
| Neugeborene |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g) |
| Neonatalogie (ab 32. Woche und \geq 1250g) |
| Strahlentherapie (Radio-Onkologie) |
| Onkologie |
| Schwere Verletzungen |
| Unfallchirurgie (Polytrauma) |
| Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM) |

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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