

Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

Remo Ehram, Leiter Qualitätskommission

Version 1



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

Herr
Remo Ehram
Leiter Qualitätskommission
041 666 40 20
remo.ehram@ksow.ch

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

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

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

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualittsvertrags 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 Qualittsvertrag 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 Ausfllen 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.

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 Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	24
4.5 Registerübersicht	25
4.6 Zertifizierungsübersicht	27
QUALITÄTSMESSUNGEN	28
Zufriedenheitsbefragungen	29
5 Patientenzufriedenheit	29
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	29
5.2 Eigene Befragung	30
5.2.1 Stationäre Patientenbefragung	30
5.3 Beschwerdemanagement	31
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	32
Messungen in der Akutsomatik	32
9 Wiedereintritte	32
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	32
10 Operationen	34
10.1 Hüft- und Knieprothetik	34
11 Infektionen	36
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	36
12 Stürze	39
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	39
12.2 Eigene Messung	40
12.2.1 Sturzinzidenz	40
13 Dekubitus	41
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	41
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15 Symptombelastung psychischer Störungen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

Messungen in der Rehabilitation	0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
Weitere Qualitätsaktivitäten	43
17 Weitere Qualitätsmessungen	43
17.1 Weitere eigene Messungen	43
17.1.1 Assistenzarztzufriedenheit Innere Medizin (Akutsomatik).....	43
17.1.2 Assistenzarztzufriedenheit Chirurgie (Akutsomatik).....	45
17.1.3 Assistenzarztzufriedenheit Gynäkologie (Akutsomatik)	47
18 Projekte im Detail	49
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	49
18.1.1 Geriatrische Akutrehabilitation	49
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023	50
18.2.1 Neusystem Zusatzversicherung (Hospitality).....	50
18.2.2 Erarbeitung Aus- und Fortbildungskonzept Strahlenschutz	50
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	51
18.3.1 Rezertifizierung DGU	51
19 Schlusswort und Ausblick	52
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	53
Akutsomatik	53
Herausgeber	55

1 Einleitung

Kantonsspital Obwalden – Nähe erleben, Qualität leben

Das Kantonsspital Obwalden stellt für die Bevölkerung, für Gäste des Sommer- und Wintertourismus sowie für Passanten die stationäre Grundversorgung sicher und bietet zusätzlich eine Reihe von ambulanten Spezialangeboten an. Durch die freie Spitalwahl können auch ausserkantonale Patienten unkompliziert das umfangreiche stationäre und ambulante Angebot des Kantonsspitals Obwalden in Anspruch nehmen.

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist im Umbruch. Starker Kostendruck, steigende Kapazitäten sowie zunehmende Ansprüche der Patientinnen und Patienten prägen die Entwicklung. Diesen Herausforderungen stellen wir uns.

In dieser Situation erbringen wir Leistungen von hoher medizinischer Kompetenz mit ebenso hohem Engagement zu vertretbaren Preisen. Respekt prägt den Umgang mit unseren Patientinnen und Patienten, mit den Angehörigen und den Mitarbeitenden. Das ist unsere Verpflichtung und unser Anspruch, den wir an uns selbst stellen.

Um dieses Ziel zu erreichen und darin immer besser zu werden, ist das Spital offen für Partnerschaften. Im Mittelpunkt des Bestrebens steht die hohe Qualität der Leistungen, aber auch die menschlich engagierte Nähe zu den Patientinnen und Patienten. Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden bilden die Basis für eine nachhaltige Optimierung in sämtlichen Belangen. Dazu gehört auch die Pflege einer offenen Gesprächskultur. Die Kommunikation erfolgt auf allen Stufen zielgerichtet, verständlich und zeitgerecht.

Strategische Weiterentwicklung des Spitals: KLUG und Phase 5

Am 1. Mai konnte der breiten Öffentlichkeit die Unterzeichnung des Letter of Intent (LOI) präsentiert werden. Die Regierungen der Kantone Luzern, Ob- und Nidwalden sowie Vertreter der strategischen Gremien der Spitäler in Sarnen und Luzern hatten den LOI öffentlich unterzeichnet. Damit wurde kommuniziert, dass das Projekt KLUG (also die rechtliche Vernetzung des KSOW mit der LUKS Gruppe) von allen Seiten gewollt ist und weiterverfolgt werden soll. Im Herbst wurde der Rahmenvertrag unterzeichnet, mit dem diese Absicht konkretisiert wurde.

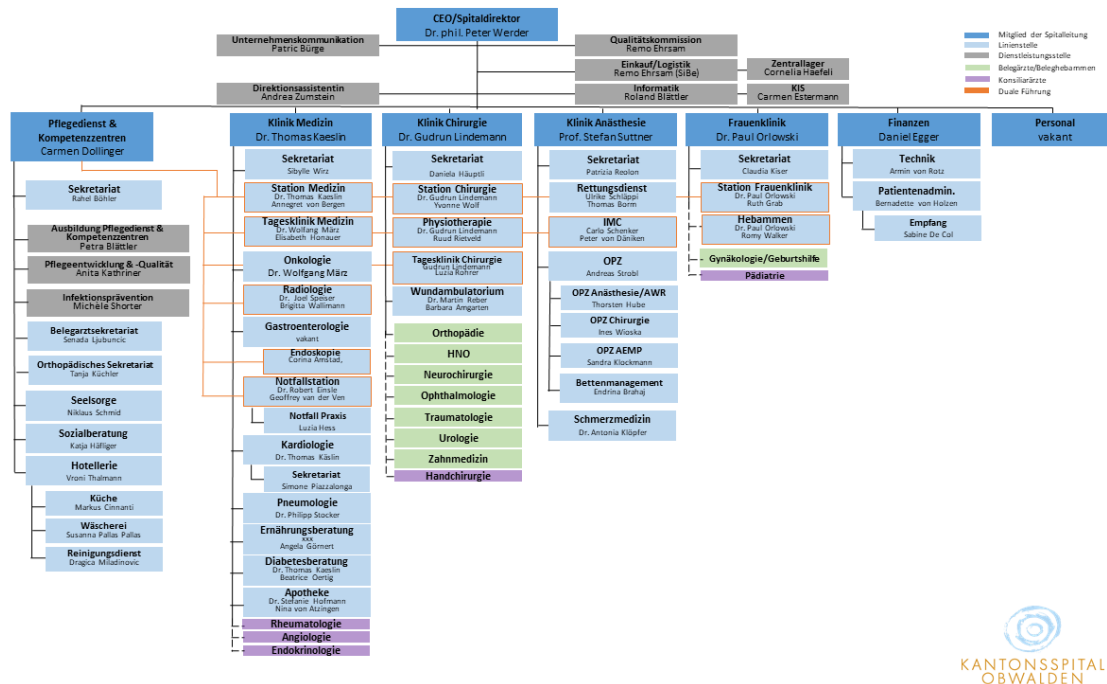
Mit den Haus-, Beleg- und Fachärzten pflegt das KSOW eine sehr gute Zusammenarbeit, sie spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgungskette.

Als Arbeitgeber mit durchschnittlich 544 Beschäftigten verteilt auf rund 369 Vollzeitstellen ist das KSOW einer der grössten Arbeitgeber im Kanton. Über 10 % der Arbeitsplätze sind Aus- und Weiterbildungsstellen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Da das Qualitätsmanagement eine ausgesprochen interdisziplinäre Aufgabe ist, hat die Spitalleitung entschieden, dieses nicht mehr durch eine Person zu führen, sondern in die Verantwortung einer direkt der Spitalleitung unterstellten interdisziplinären Qualitätskommission zu geben.

Mitglieder der Qualitätskommission sind:

- CEO*
- Leitung HR*
- Pflegeexpertin Pflegeentwicklung und-qualität
- CIRS-Verantwortliche Pflege
- CIRS Verantwortlicher Ärzteschaft
- CIRS Verantwortliche Paramedizin
- SIRIS-Verantwortliche
- Hygienefachexpertin Infektionsprävention
- Leiter Einkauf/Logistik/SIBE
- Direktionsassistentin/Leiterin Marketing
- Controllerin

Jedes Mitglied der Kommission deckt mindestens einen Bereich des Qualitätsmanagements ab. Die Kommission tagt 4x/Jahr.

* Mitglieder der Spitalleitung

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Qualitätskommission

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Remo Ehram
Leiter Einkauf/Logistik
041 6664020
remo.ehram@ksow.ch

Frau Anita Kathriner
Pflegeexpertin
041 6664256
anita.kathriner@ksow.ch

3 Qualitätsstrategie

«Heute besser sein als gestern». Die hohe Qualität des Kantonsspitals Obwalden (KSOW) stellt einen zentralen Erfolgsfaktor dar – entsprechend den Ansprüchen der Patientinnen und Patienten. Die Patientensicherheit und die Zufriedenheit der Patienten, Zuweiser, Belegärzten und Mitarbeitenden stehen im Fokus unseres Handelns. Wie viele andere Spitäler und Kliniken misst auch das KSOW die Zufriedenheit ihrer Anspruchsgruppen und wertet die Ergebnisse systematisch aus. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden – unter Berücksichtigung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – für die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse genutzt.

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 2023

- Um wettbewerbsfähig zu bleiben, muss das KSOW den digitalen Wandel aktiv gestalten und entstehende Chancen nutzen. Die Digitalisierung ist im KSOW auch im Jahr 2023 spürbar weiter fortgeschritten. Das Projekt «digitales Arbeiten auf den Bettenstationen» wurde zusammen mit den Stations-Dashboards auf allen Bettenstationen implementiert. In diversen Prozessen konnte die Dokumentation auf Papier weiter reduziert werden. Dadurch kann eine aktuelle interdisziplinäre Dokumentation gewährleistet und die Patientensicherheit erhöht werden. Dies sind klare Indizien, dass man sich auf dem Weg in eine digitale Zukunft befindet. Das KSOW orientiert sich bei der Umsetzung von Qualitätsmassnahmen unter anderem stark an Empfehlungen von Fachorganisationen. So wurden im Berichtsjahr 2023 beispielsweise die H+-Jahreskampagne "Chemikalien" vollumfänglich umgesetzt. Zudem wurde auf Empfehlung der SwissNoso das Surveillance-Modul CAUTI eingeführt, welches die systematische Erfassung von katheterassoziierten Harnwegsinfekten zum Ziel hat. Durchführung der Pflichtmessungen ANQ. Diese wurden teilweise eingestellt oder verschoben.
- Feed Back Management bei unseren Patienten. (773 Feedbacks im Jahr 2023).
- Interdisziplinäre Weiterbildung
- CIRS
- Materiovigilance/Haemo- und Pharmacovigilance wurde neu aufgebaut

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Verschiedene Projekte in den Bereichen Prozess-, Qualitäts- und Dienstleistungsoptimierungen wurden erfolgreich realisiert.
- Feed Back Management Patienten
- Interdisziplinäre Weiterbildungen
- CIRS Konferenz
- Mortality und Morbidity Besprechungen
- SwissNoso (Wundinfekte)
- Digitales Arbeiten auf den Bettenstationen

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Qualitätsmanagement im KSOW dient der Verbesserung aller organisierten Massnahmen, die zur Optimierung der Qualität der täglichen Routine, Abläufe (Prozesse) und Leistungen des KSOW dienen. Sämtliche Qualitätmassnahmen sollen die Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit unterstützen und verbessern.

Ein zentrales Thema wird weiterhin die Führung sein.

Projekte "Vermeidung katheterassoziierte Harnwegsinfektionen (HWI-CAUTI) und nationale Erhebung Händehygienecompliance (CleanHands)

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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzinzidenz
<i>Weitere Qualitätsmessungen: Akutsomatik</i>
▪ Assistenzarztzufriedenheit Innere Medizin
▪ Assistenzarztzufriedenheit Chirurgie
▪ Assistenzarztzufriedenheit Gynäkologie

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Interne und externe Audits

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

Aktion Grippeimpfung für Mitarbeitende

Ziel	Patienten- und Mitarbeiterschutz
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Jährlich im Herbst
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zum Schutz von Mitarbeitenden und Patienten vor Grippeerkrankungen wird Mitarbeitenden eine freiwillige Grippeimpfung angeboten. Dies dient der Gesundheitsförderung und soll krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeitenden reduzieren.
Methodik	Impfung
Involvierte Berufsgruppen	gesamtes Personal, insbesondere Personal mit Patientenkontakt

Hygienekommission in Zusammenarbeit mit den Hygieneabteilungen des Luzerner Kantonsspitals und des Inselspitals Bern

Ziel	Sicherung eines hohen Hygienestandards im Spital
Bereich, in dem das Projekt läuft	Spitalhygiene
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Sicherung einer fachspezifischen und medizinischen Unterstützung der Hygienebeauftragten durch kompetente Ansprechpartner. Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs der Spitäler untereinander. Gewährleistung eines hohen Hygienestandards.
Methodik	Regelmässige Sitzungen
Involvierte Berufsgruppen	Spitalhygiene, Pflegedienstleitung, Ärzte

Arbeitsgruppe Hygiene

Ziel	Sicherung eines hohen Hygienestandards im Spital
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sicherung einer fachspezifischen und medizinischen Unterstützung der Hygienebeauftragten durch kompetente Ansprechpartner- Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs der Spitäler untereinander. Gewährleistung eines hohen Hygienestandards.
Methodik	Regelmässige Sitzungen
Involvierte Berufsgruppen	Spitalhygiene, Pflege

Versenden aller mikrobiologischen Resultate an die Hygienefachexpertin

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung und Überwachung der Isolationsrichtlinien
Bereich, in dem das Projekt läuft	Labor
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verhinderung/Erkennung von nosokomialen Infektionen
Involvierte Berufsgruppen	Labor, Hygiene

Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung und -qualität (AG PEQ)

Ziel	Förderung der Pflegeentwicklung und und Erhaltung der Pflegequalität
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle bettenführenden Pflegestationen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	1x monatlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die AG PEQ dient der fachlichen Bearbeitung disziplinenübergreifender Themen aus dem Bereich der Pflege. Durch definierte einheitliche betriebsinterne Richtlinie soll die Sicherheit und Kontinuität im Bereich der Pflege sichergestellt werden.
Methodik	Sitzungen
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Pflegeexpertin überprüft laufend, ob die Methodik der AG PEQ weiterhin den Bedürfnissen des Betriebes entspricht und passt diese gegebenenfalls an.
Weiterführende Unterlagen	Internes Reglement "Auftrag an die Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung und -qualität"

CIRS-Kommission / CIRS-Konferenz

Ziel	Förderung der Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2x monatlich / 2 x jährlich für alle MA
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das CIRS ist eine Methode zur Erfassung und Besprechung von Fehlern, Risiken und Beinahe-Schäden in der Versorgung der Patienten mit dem Ziel künftig Fehler zu vermeiden und eine Fehlerkultur zu entwickeln respektive weiterzuentwickeln
Involvierte Berufsgruppen	Ganzer Betrieb
Evaluation Aktivität / Projekt	Die CIRS-Kommission fasst jährlich einen Jahresbericht und führt fortlaufend eine Statistik über die Nutzung des CIRS.
Weiterführende Unterlagen	Internes Reglement "Critical Incident Reporting System (CIRS), Meldesystem für kritische Zwischenfälle"

Meldeportal CIRS

Ziel	Prävention und Management von kritischen Ereignissen und Zwischenfällen / Lernen aus Fehlern
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das Meldeportal dient der systematischen Erfassung kritischer Zwischenfälle und soll allen Mitarbeitenden einen niederschweligen Zugang zum CIRS ermöglichen
Involvierte Berufsgruppen	Ganzer Betrieb
Weiterführende Unterlagen	Internes Reglement "Critical Incident Reporting System (CIRS), Meldesystem für kritische Zwischenfälle"

Arbeitsgruppe Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Förderung und Umsetzung von Massnahmen im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	5x jährlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Das CIRS ist eine Methode zur Erfassung und Besprechung von Fehlern, Risiken und Beinahe-Schäden in der Versorgung der Patienten mit dem Ziel künftig Fehler zu vermeiden und eine Fehlerkultur zu entwickeln respektive weiterzuentwickeln
Methodik	Branchenlösung H+

Gesundheitsförderung und Prävention

Ziel	Erhaltung und Stärkung der Gesundheit der Mitarbeitenden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention dient der Vorbeugung von Krankheiten am Arbeitsplatz (einschliesslich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), der Stärkung des Gesundheitspotentials und der Steigerung des Wohlbefindens
Involvierte Berufsgruppen	Ganzer Betrieb

Postoperative Wundinfekte-Prophylaxe

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

Sturz-Prophylaxe

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Sturzprophylaxe dient der Vermeidung von nosokomialen Stürzen und soll Patienten und Angehörige zum Thema Sturz sensibilisieren
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Physiotherapie, Ärzteschaft
Weiterführende Unterlagen	Interne Weisung "Sturzprophylaxe"

Meldeportal Sturz

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das Meldeportal dient der systematischen Erfassung und statistischen Auswertung von Stürzen
Methodik	Internes digitales Meldeportal
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Pflegeexpertin verfasst jährlich einen Sturzbericht, präsentiert die Zahlen allen Pflgeteams und leitet in Zusammenarbeit mit den betroffenen Bereichen Massnahmen zur Sturzprävention ab.

Dekubitus-Prophylaxe

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Dekubitusprophylaxe dient der Vermeidung von nosokomial erworbenen Dekubiti

Meldeportal Hämovigilanz, Materiovigilanz, Pharmakovigilanz

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit Erfassen schwerwiegender Vorkommnisse mit fehlerhaften Medizinprodukten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Meldeportal Mitarbeiter- und Arbeitssicherheit

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

Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Orthopädie

Ziel	Ausbildung von Assistenzärzten zu Fachärzten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Orthopädie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.

Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Chirurgie

Ziel	Ausbildung von Assistenzärzten zu Fachärzten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Chirurgie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.

Anerkennung als Weiterbildungsstätte innere Medizin

Ziel	Ausbildung von Assistenzärzten zu Fachärzten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.

Anerkennung als Weiterbildungsstätte Kardiologie

Ziel	Ausbildung von Assistenzärzten zu Fachärzten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Kardiologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.

Anerkennung als Weiterbildungsstätte Gynäkologie

Ziel	Ausbildung von Assistenzärzten zu Fachärzten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gynäkologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.

Qualitätskommission

Ziel	Durchführung des Qualitätsmanagements im Auftrag der Spitalleitung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

E-Bibliothek

Ziel	Aktualisierung und Erweiterung der Fachkompetenz gem. Vorgaben SIWF
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Händehygiene Verbrauch Hände Desinfektionsmittel

Ziel	Messindikator zur Einschätzung des Hygienestandards
Bereich, in dem das Projekt läuft	Spitalhygiene
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die kontinuierliche Messung des Verbrauchs an Händedesinfektionsmitteln in allen Bereichen mit halbjährlicher Auswertung bietet eine wichtige Einschätzung zum Hygienestandard: Infolge COVID-19 Pandemie und den Mehrverbrauch ist dies jedoch nicht aussagekräftig.
Methodik	Halbjährliche Messung durch Hygienefachexpertin
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtspital

Geriatrische Akutrehabilitation

Ziel	Interdisziplinäre Versorgung komplexer Geriatrischer Patienten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Geriatrische Patienten erfordern hohe Aufmerksamkeit für mehrdimensionale Probleme um nach akuter Krankheit ein grösst mögliches Mass an Selbstständigkeit wieder zu erlangen.
Methodik	Etablierung eines neuen Behandlungsprozesses
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtspital

Delirmanagement

Ziel	Delir erfassen und behandeln
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Delirien führen zu einer hohen Mortalität und längerer Aufenthaltszeit im Spital. Sensibilisierung für Delirrisiko kann Delirien verhindern. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung Komplikationen verhindern.
Methodik	regelmässige Schulung, interdisziplinäre Besprechung, internes Meldesystem
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtspital

Meldetool Verbale/Tätliche Übergriffe

Ziel	Übergriffe von Patienten können von Mitarbeitenden gemeldet werden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzes Haus
Projekt: Laufzeit (von...bis)	
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sicherheit für die Mitarbeitenden
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Vermeidung Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen (HWI-Cauti)

Ziel	Senkung der katheterassoziierten Harnwegsinfektionen (HWI-Cauti), Senkung SwissNoso Rate
Bereich, in dem das Projekt läuft	Spitalhygiene
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Patienten mit Blasenkatheter sind prädisponiert für Bakterien und Harnwegsinfektionen.
Methodik	Wichtigste Massnahme: Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden, um eine Katheterisierung nach Möglichkeit zu vermeiden und Katheter so schnell wie möglich zu entfernen. Optimierung der aseptischen Bedingungen. Teilnahme am Swissnosomodul CAHUTI-S
Involvierte Berufsgruppen	Pflege und Ärzte

Nationale Erhebung der Händehygiene-Compliance (CleanHands)

Ziel	Die Verbesserung der Händehygiene-Adhärenz und diese nachhaltig auf hohem Niveau halten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Jährlich jeweils im November
Begründung	Die Übertragung von Keimen über die Hände des Spitalpersonals gilt als eine der Hauptursachen für Healthcare-assoziierte Infektion.
Methodik	Direkte Beobachtung der Händehygiene nach dem Konzept "My 5 moments", Erfassung mit einem standardisierten Online-Tool (CleanCare) und unmittelbares Feedback ans Personal.
Involvierte Berufsgruppen	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen

Einführung neue Mitarbeitende

Ziel	Obligatorischer Einführungstag für alle neuen Mitarbeitende
Bereich, in dem das Projekt läuft	HR
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufen
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Den neuen Mitarbeitenden werden die wichtigsten Informationen vom KSOW weiter gegeben
Involvierte Berufsgruppen	HR/Hygiene/ASGS/IT/TD

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (Never Events)

Ziel	Sachliche und offene Diskussionskultur etablieren, potentielle Fehlerquellen identifizieren und konkrete Verbesserungsmassnahmen erarbeiten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die MOMO-Konferenz dient der Aufarbeitung von Fehlern und dem Ableiten von Massnahmen zur künftigen Fehlervermeidung
Methodik	Nachbearbeitung von Zwischenfällen
Involvierte Berufsgruppen	Ärztenschaft, betroffene Mitarbeiter, CIRS-Mitglieder
Weiterführende Unterlagen	Interne Weisung "MOMO Konferenz (Morbidity und Mortality)"

Digitales Arbeiten auf den Bettenstationen

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Verbesserung der Arbeitsprozesse
Bereich, in dem das Projekt läuft	Bettenstationen Pflege
Projekt: Laufzeit (von...bis)	01.08.2021 bis 31.05.2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Durch die direkte, digitale Dokumentation sind in aktuellen Informationen für das gesamte Behandlungsteam aktuell verfügbar
Methodik	Change-Management
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Informatik, Hotellerie, Physiotherapie
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt wurde erfolgreich implementiert und es wurde ein Abschlussbericht verfasst. Der neu definierte Arbeitsprozess wird laufend evaluiert und wo nötig Anpassungen vorgenommen.

Bemerkungen

Weitere Arbeitsgruppen:

- Materialkommission
- COPD-Trainingsgruppe

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Entwicklungsnachmittage für Kadermitarbeitende

Ziel	Mitgestaltung der Entwicklung des KSOW
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganzer Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit...)	unbefristet, 4x jährlich
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die Entwicklungsnachmittage dienen der Weiterentwicklung unterschiedlichster betriebsinterner Themen
Methodik	Die Methodik wird dem jeweiligen Thema angepasst
Involvierte Berufsgruppen	Kaderpersonen des gesamten Betriebes (medizinisch und nichtmedizinisch)
Evaluation Aktivität / Projekt	Jeder Entwicklungsnachmittag wird durch die jeweils verantwortliche Person ausgewertet und die Ergebnisse an die Teilnehmer weitergeleitet bzw. betriebsintern kommuniziert.

Prozessmanagement

Ziel	Verbesserung der Geschäftsprozesse und somit die stetige Optimierung der Arbeitsabläufe hinsichtlich Kundenzufriedenheit, Qualität, Zeit und Kosten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganzer Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Patientenidentifikationsarmbänder

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Akutsomatik
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Gewährleistung der Patientensicherheit im Bezug auf die korrekte Identifikation des Patienten
Involvierte Berufsgruppen	Ganzer Betrieb

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.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2000
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	1997
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	2021
AQC 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 www.aqc.ch	2010
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2004
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	vor 2000
Nationales Organspenderegister Nationales Organspenderegister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin	Swisstransplant www.swisstransplant.org	2015
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2012

Wundbehandlung Datenbank			
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	2013
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
STR Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch/	2015
Swissnoso SSI 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 www.swissnoso.ch	2010
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumanetzwerk-dgu.de	2016

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
KR ZKR Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-...

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	2022	Attest der Fachstelle der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit
Anerkennung SAfW	Wundambulatorium	2012	2022	SAfW (Schweiz. Gesellschaft für Wundbehandlung) Zertifikat für das Wundambulatorium als anerkanntes Wundbehandlungszentrum
Swissnoso, interne SSI-Surveillance-Prozesse	Spitalhygiene	2013	2021	Audit/Evaluation der Surveillance Prozesse, Schweizerische Richtlinie
Schweizerische Richtlinie zur Aufbereitung flexibler Endoskope (www.svep.ch)	Endoskopie	2010	2023	Audit 1x/Jahr Weisse Liste Hygienetests (www.sggssg.ch)
TraumaNetzwerk DGU® Lokales Traumazentrum	Chirurgie	2016	2022	DIOcert Zertifikat für das KSOW als lokales Traumazentrum des Netzwerks Traumatologie Zentralschweiz
Netzwerkpartner Brustzentrum Luzern	Frauenklinik	2013	2019	Vorgaben Schweizer Gesellschaft für Senologie und Krebsliga Schweiz
ISO 13485 : 2016	AEMP	2018	2021	Audit gültig 2024
Hebammen geleitete Geburt. Anerkennung Schweizerischer Hebammenverband	Frauenklinik	2019	2022	Audit gültig bis 2025
REKOLE	ganzer Betrieb	2020	2020	gültig bis 2024

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	
Kantonsspital Obwalden				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.29	4.31	4.31	4.40 (3.65 - 4.84)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.79	4.66	4.66	4.70 (4.20 - 4.84)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71	4.59	4.67	4.73 (4.16 - 4.82)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.66	4.63	4.60	4.66 (3.61 - 4.85)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.35	4.08	4.25	4.29 (3.54 - 4.49)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.90 %	87.70 %	94.62 %	93.16 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				236
Anzahl eingetroffener Fragebogen	120	Rücklauf in Prozent		51 %

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der Betrieb des KSOW war zu jeder Zeit sichergestellt, es wurden keine Patientinnen/Patienten abgewiesen. Eine umfassende medizinische Grundversorgung wurde gewährleistet, inklusive dem 24/7-Notfallbetrieb, auch in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und lokalen Hausärzten. Peter Werder hebt den positiven Umgang im Unternehmen besonders hervor: «eine gute Unternehmenskultur und ein attraktives Arbeitsumfeld tragen am KSOW dazu bei, die hohe Patientenzufriedenheit weiter auszubauen und trotz Fachkräftemangel immer wieder neue Fachkräfte für den Standort zu gewinnen.»

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOP, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	--------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten. - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Stationäre Patientenbefragung

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

Im Rahmen des Feedbackmanagements wurde im KSOW die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mithilfe der Karte "Ihre Meinung ist uns wichtig" über das ganze Jahr hinweg erhoben. Der Rückmeldefragebogen (Inzidenzmessung) mit freiwilliger Angabe von Name und Adresse kann von den Patienten wie auch von den Angehörigen verwendet werden. Die Patienten können die Karte im KSOW abgeben oder an die Abteilung Qualitätsmanagement des KSOW schicken. Die Ergebnisse werden laufend im Intranet publiziert und können von Führungskräften und Mitarbeitenden eingesehen werden. Zudem gibt es eine statistische Übersicht, in der die Resultate der einzelnen Fachbereiche und Abteilungen dargestellt werden.

Im Berichtsjahr bearbeitete das Qualitätsmanagement insgesamt 773 Feedbacks. Erfreulicherweise konnten auch in diesem Jahr fast ausschliesslich positive Patientenrückmeldungen entgegengenommen werden. Bei nicht anonymisierten negativen Rückmeldungen wurden die Beschwerdeführer von der Direktion telefonisch kontaktiert, um die Sachlage zu klären und allfällige Massnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 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.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Obwalden

Rahel Böhler

Sekretariat Pflegedienst

041 666 42 66

rahel.boehler@ksow.ch

Mo. bis Fr. 08.00 - 12.00

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
Kantonsspital Obwalden	
Spitalweite Kohorte	5.87
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	2.95
Kardiorespiratorische Kohorte	10.62
Sonstige medizinische Kohorte	9.71

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patientinnen und Patienten beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:

www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient/in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient/in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»). ▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind). ▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient/in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

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 und 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)	Rohe 2-Jahres- Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %		Adjustierte Revisionsrate %
	2017 - 2020	2017 - 2020	2015 - 2018	2016 - 2019	2017 - 2020
Kantonsspital Obwalden					
Primäre Hüfttotalprothesen	350	3.70%	3.70%	3.50%	3.40%
Primäre Knieprothesen	378	2.10%	4.50%	2.70%	2.50%

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/.

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.

Bemerkungen

Die sehr guten Resultate bestätigen uns, dass wir die Versorgung nur mit hochstehenden Implantaten vornehmen. Seit Jahren pflegen wir eine sehr enge Zusammenarbeit mit nur 2 Prothetik-Lieferanten.

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 und www.swissnoso.ch

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

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	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Kantonsspital Obwalden						
Blinddarm-Entfernungen	30	1	2.10%	3.00%	0.00%	4.40% (0.00% - 11.70%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	0	0	6.50%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	15	2	6.70%	8.20%	5.90%	11.80% (0.00% - 28.10%)

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	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Kantonsspital Obwalden						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	113	2	0.00%	0.00%	2.00%	1.40% (0.00% - 3.50%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Operationstätigkeit am KSOW hat bei den beobachteten Eingriffen ca. 20-30% zugenommen und dabei sind die Infektionsraten weiterhin auf einem tiefen Niveau.

Die Infektionsprävention ist ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung und wird laufend überprüft. Bei der Beurteilung der Ergebnisse sind die statistisch tiefen Fallzahlen zu berücksichtigen, denn sie reduzieren die Aussagekraft. Die Erfassung fand lückenlos statt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
Kantonsspital Obwalden				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	0	–
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	–
Residuum* (CI** = 95%)	-0.05 (-0.48 - 0.38)	-0.02 (-0.51 - 0.54)	-0.11 (-0.76 - 0.54)	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die nationale Messung Sturz & Dekubitus fand im Jahr 2023 nicht statt. Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige Messmethode der Universität Maastricht LPZ abzulösen. Der ANQ verfolgt das Ziel, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzinzidenz

Es werden die Ziele verfolgt, Trends in der Sturzhäufigkeit aufzuzeigen und ein Feedback der Ergebnisse an Führungs- und Pflegefachpersonen zu geben, um die nachhaltige Sicherung einer guten Sturzprävention zu gewährleisten. Die Sturzinzidenz wird mittels eines kontinuierlichen Monitorings von Sturzereignissen ermittelt. Die Erfassung erfolgt in einem internen Meldeportal.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Bettenstationen und IMC

In der Messung eingeschlossen wurden alle stationär Patienten, welche während ihrer Behandlung im KSOW von einem Sturz betroffen waren.

2023 ereigneten sich im Kantonsspital Obwalden insgesamt 38 Stürze. Bei einem minimalen Rückgang der Pflegetage (-1.87%) konnte die Sturzinzidenz um einen Drittel (-33.3%) auf 2.59 Stürze pro 1000 Pflegetage gesenkt werden.

Die Sturzinzidenz liegt auf allen Abteilungen unter dem schweizweiten Vergleichswert von 7.9 Stürzen/1000 Pflegetagen (Schwendimann, 2012).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der Mehrfachinterventionsansatz wird 2024 weitergeführt. Die jährliche Rückmeldung zu den Ergebnissen der Sturzinzidenz findet auf Stationsebene und im Kader Pflege statt. Die Mitglieder der AG für Pflegeentwicklung und Qualität (PEQ) sind zur Analyse von Sturzereignissen und Fallbesprechungen auf den Stationen beauftragt. Der Bericht wird in der Qualitätskommission präsentiert und diskutiert. Die eigentliche Herausforderung im Alltag besteht darin, aufbauend auf dem in der Regel bekannten Wissen, die unterschiedlichen Massnahmen zur Sturz- und Dekubitusprävention interdisziplinär koordiniert durchzuführen und nachhaltig zu implementieren.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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 Patientinnen und 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 und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
Kantonsspital Obwalden						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	1	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.16 (-1.10 - 0.78)	-0.03 (-0.81 - 0.74)	0.08 (-0.75 - 0.90)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2023			–

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

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

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Assistenzarztzufriedenheit Innere Medizin (Akutsomatik)

Allgemeines

Anhand von acht Dimensionen (Globalbeurteilung, Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Fehlerkultur/ Patientensicherheit, Entscheidungskultur, Betriebskultur, Evidence based medicine) sehen Sie, wie Sie im Vergleich zu anderen Weiterbildungsstätten aus Ihrer Weiterbildungskategorie (Vergleichsgruppe) abgeschnitten haben.

Messhäufigkeit

Diese Messung stellt ein unverzichtbares Instrument für die Assistenzarztrekrutierung dar und wird daher jährlich durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

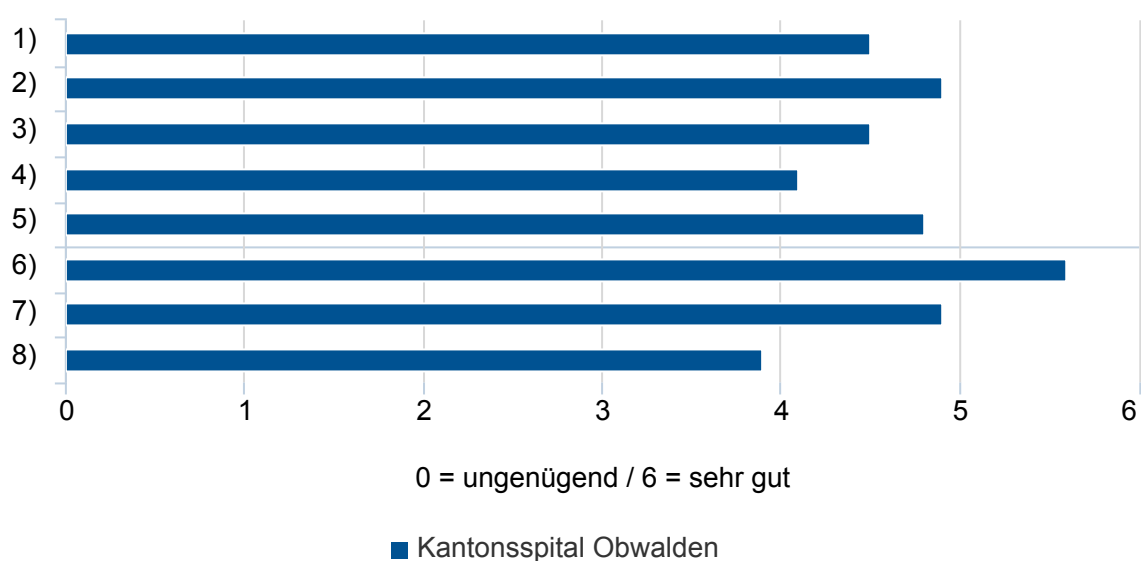
Klinik Innere Medizin

Die Befragung wurde unter allen Assistenzärzten der Klinik Innere Medizin durchgeführt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Globalbeurteilung
- 2) Fachkompetenz
- 3) Lernkultur
- 4) Führungskultur
- 5) Fehlerkultur / Patientensicherheit
- 6) Entscheidungskultur
- 7) Betriebskultur
- 8) Evidence based medicine



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Obwalden	4.50	4.90	4.50	4.10	4.80

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)		
Kantonsspital Obwalden	5.60	4.90	3.90	6	46.00 %

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIWF
Methode / Instrument	Assistenzarztbeurteilung

17.1.2 Assistenzarztzufriedenheit Chirurgie (Akutsomatik)

Allgemeines

Anhand von acht Dimensionen (Globalbeurteilung, Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Fehlerkultur/ Patientensicherheit, Entscheidungskultur, Betriebskultur, Evidence based medicine) sehen Sie, wie Sie im Vergleich zu anderen Weiterbildungsstätten aus Ihrer Weiterbildungskategorie (Vergleichsgruppe) abgeschnitten haben.

Messhäufigkeit

Diese Messung stellt ein unverzichtbares Instrument für die Assistenzarztrekrutierung dar und wird daher jährlich durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

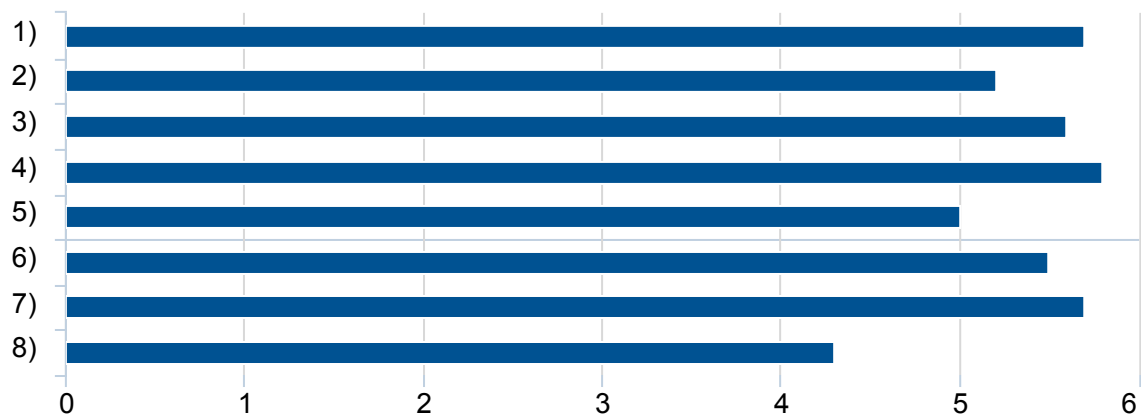
Klinik Chirurgie

Die Befragung wurde unter allen Assistenzärzten der Klinik Chirurgie durchgeführt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Globalbeurteilung
- 2) Fachkompetenz
- 3) Lernkultur
- 4) Führungskultur
- 5) Fehlerkultur / Patientensicherheit
- 6) Entscheidungskultur
- 7) Betriebskultur
- 8) Evidence based medicine



0 = ungenügend / 6 = sehr gut

■ Kantonsspital Obwalden

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Obwalden	5.70	5.20	5.60	5.80	5.00

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)		
Kantonsspital Obwalden	5.50	5.70	4.30	6	100.00 %

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIWF
Methode / Instrument	Assistenzarztbeurteilung

17.1.3 Assistenzarztzufriedenheit Gynäkologie (Akutsomatik)

Allgemeines

Anhand von acht Dimensionen (Globalbeurteilung, Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Fehlerkultur/ Patientensicherheit, Entscheidungskultur, Betriebskultur, Evidence based medicine) sehen Sie, wie Sie im Vergleich zu anderen Weiterbildungsstätten aus Ihrer Weiterbildungskategorie (Vergleichsgruppe) abgeschnitten haben.

Messhäufigkeit

Diese Messung stellt ein unverzichtbares Instrument für die Assistenzarztrekrutierung dar und wird daher jährlich durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

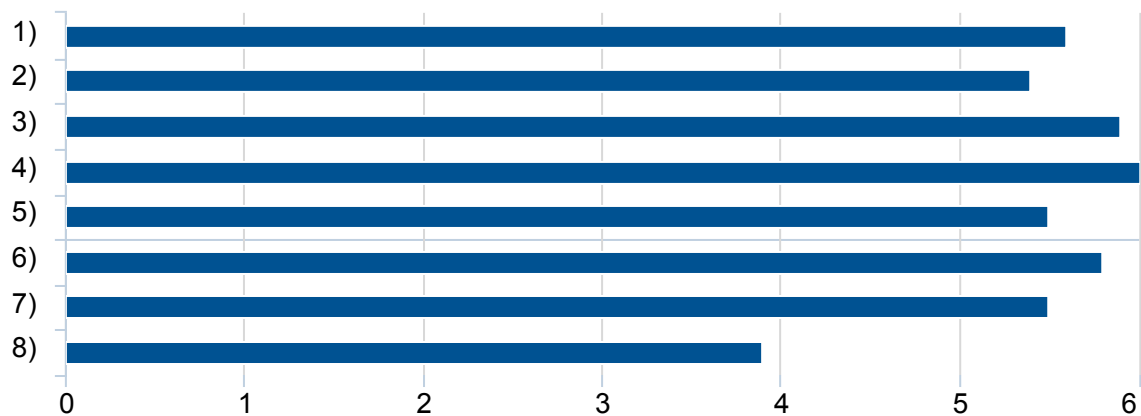
Klinik Gynäkologie

Die Befragung wurde unter allen Assistenzärzten der Klinik Gynäkologie durchgeführt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Globalbeurteilung
- 2) Fachkompetenz
- 3) Lernkultur
- 4) Führungskultur
- 5) Fehlerkultur/Patientensicherheit
- 6) Entscheidungskultur
- 7) Betriebskultur
- 8) Evidence based medicine



0 = unzufrieden / 6 = sehr gut

■ Kantonsspital Obwalden

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Obwalden	5.60	5.40	5.90	6.00	5.50

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)		
Kantonsspital Obwalden	5.80	5.50	3.90	2	100.00 %

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIWF
Methode / Instrument	Assistenzarztbeurteilung

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Geriatrische Akutrehabilitation

Ausgangslage

Seit März 2019 werden geriatrische Patienten am Kantonsspital Sarnen systematisch erfasst und bei Bedarf im Rahmen der geriatrischen Akutrehabilitation interdisziplinär behandelt. Diese Erweiterung des Leistungsangebotes führt zu einer höheren Patientenzufriedenheit und Verbesserung der Funktionalität im Alltag, sodass der Austritt nach Hause für ältere Patienten häufiger möglich ist. Komplikationen wie Stürze, Decubiti, Mangelernährung und Delirien werden früher erkannt und behandelt.

Projektart

Entwicklungsprojekt

Projektziel

Multimorbide Patienten, bei denen das aktuelle Leiden durch zahlreiche geriatrisch-relevante Nebendiagnosen überlagert ist, sollen zeit- und sachgerecht umfassend behandelt werden.

Involvierte Berufsgruppen

- Ärzte, Pflege, Patientenadministration

Projektdauer

29.11.2018 bis 31.12.2023

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Neusystem Zusatzversicherung (Hospitality)

Die geltenden Tarife für Zusatzversicherte (Privat-/Halbprivatpatienten) kommen aus verschiedenen Gründen zunehmend unter Druck, Tarifverhandlungen mit den Versicherern stehen an. Das Kantonsspital Obwalden (KSOW) beabsichtigt deshalb, im Rahmen einer internen Arbeitsgruppe die bestehenden Grundlagen zu überprüfen und ein neues Modell für die Abgeltungen von Mehrleistungen für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten zu erarbeiten, welches den Anforderungen der Versicherer und somit auch deren Aufsichtsbehörde FINMA genügt. Das Projekt konnte erfolgreich umgesetzt werden.

18.2.2 Erarbeitung Aus- und Fortbildungskonzept Strahlenschutz

Die Aus- und Fortbildung muss sicherstellen, dass alle Personen, welche während ihrer beruflichen Tätigkeit mit ionisierender Strahlung umgehen oder dieser ausgesetzt sind

- über Gesundheitsgefahren der Strahlenexposition informiert sind
- mit den Grundregeln des Strahlenschutzes vertraut sind
- eine geeignete Arbeitstechnik beherrschen und die für die entsprechende Tätigkeit geltenden Strahlenschutzvorschriften anwenden können.
- die Risiken von Strahlenexpositionen kennen, die sich aus einem Fehlverhalten ergeben können.

Die Erarbeitung eines Aus- und Fortbildungskonzepts im Strahlenschutz konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Die Aufsichtskontrolle des BAG hat das Konzept positiv beurteilt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung DGU

Ausgangslage Um das Überleben von Schwerverletzten zu sichern und deren optimale Versorgung zu gewährleisten, ist ein rascher Transport dieser Patienten in ein Spital mit geeigneten Ressourcen unentbehrlich. Dies erfordert eine enge Koordination und Kooperation der Rettungsdienste und Spitäler. Um dieses Ziel zu erreichen, hat sich das Konzept des Traumanetzwerkes (TNW) als Zusammenschluss regionaler Spitäler etabliert. Seit 2016 ist das KSOW Partner im TNW Zentralschweiz, dem ersten TNW, dem nur Schweizer Spitäler angehören. Die Spitäler des TNW Zentralschweiz sind seit 2017 nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) als Traumazentren zertifiziert.

Vorteile einer DGU Zertifizierung als lokales Traumazentrum

- Unabhängige Überprüfung der eigenen Struktur- und Prozessabläufe nach etablierten Qualitäts- und Versorgungsstandards
- Jährliches Benchmarking und externe Qualitätssicherung auf Grundlage der in das TraumaRegister DRU eingegebenen Daten.
- Übernahmegarantie mit dem überregionalen Traumazentrum im Netzwerk
- Gemeinsame Fort- und Weiterbildungsprogramme
- Einbindung in ein interprofessionelles und interdisziplinäres Qualitätsmanagement
- Regelung zur Auswahl der Zielklinik für den Patienten (Verletzungskriterienkatalog) für den Rettungsdienst

Projektart Zertifizierungsprojekt Projektziel Re-Zertifizierung: Das KSOW ist seit 2017 als lokales Traumazentrum durch DGU zertifiziert (ggf. EN ISO Nummer angeben).

Nutzen einer Zertifizierung als lokales Traumazentrum

- Sicherstellung einer umgehenden und optimalen Versorgung von schwerverletzten Patienten
- Optimierung der Prozess- und Strukturqualität durch eine Zusammenarbeit mit anderen geprüften Spitälern im regionalen Netzwerk
- Die Nutzung gemeinsamer Versorgungsstandards sichert eine reibungslose Kommunikation zwischen den Kliniken und eine qualitativ hochwertige Behandlung.
- Durch den telemedizinischen Austausch von Patientendaten können Mehrfachuntersuchungen und Weiterverlegungen vermieden werden.
- Die Zuweisung der Patienten nach Evidenz-basierten Kriterien erhöht die Transparenz und reduziert den Anteil an Sekundärverlegungen.
- Gemeinsame Fallbesprechungen und Weiterbildungen fördern die Qualität der Patientenversorgung

Projektablauf

- Audit zur Re-Zertifizierung im 2022

Im Projekt involvierte Organisationseinheiten

- Notfall
- Chirurgie
- Anästhesie
- Rettungsdienst

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 spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Periphere Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Katarakt
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)

Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere
Isolierte Adrenalektomie
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

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/



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/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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