



KANTONSSPITAL
OBWALDEN



Kantonsspital Obwalden
Brünigstrasse 180
6060 Sarnen



Akutsomatik



Psychiatrie

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

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_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Beteiligte Kantone / Gremien



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/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht.....	5
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	7
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2011.....	7
D	Qualitätsmessungen	8
D1	Zufriedenheitsmessungen.....	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Angehörigenzufriedenheit.....	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
D1-4	Zuweiserzufriedenheit.....	10
D2	ANQ-Indikatoren.....	11
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	12
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	12
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	13
D2-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der MethodeLPZ.....	14
D2-5	Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	16
D3-2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	17
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	18
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	19
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	19
E2	Übersicht überlaufende Aktivitäten und Projekte	19
F	Schlusswort und Ausblick	22

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A

Einleitung

Das Kantonsspital Obwalden (KSOW) wird als öffentlich-rechtliche Anstalt ohne eigene Rechtspersönlichkeit geführt. Das KSOW bedient als Grundversorgungsspital als einziges Spital auf dem politischen Gebiet des Kantons die Gesamtbevölkerung. Als Arbeitgeber mit rund 440 Beschäftigten verteilt auf rund 330 Vollzeitstellen ist das KSOW ein grosser Arbeitgeber im Kanton. Über 10% der Arbeitsplätze sind Aus- und Weiterbildungsstellen.

Folgende Kliniken sind am KSOW tätig: Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, und Psychiatrie. Der Leistungsumfang im stationären Bereich ist im Leistungsauftrag des Kantons OW für das Akutspital und die Psychiatrie geregelt. Im Bereich der Psychiatrie verfügt das KSOW über einen zusätzlichen Leistungsauftrag des Kantons Nidwalden.

Das KSOW pflegt enge Kooperationen und Zusammenarbeitsmodelle mit den Kantonsspitalern Nidwalden und dem Luzerner Kantonsspital sowie anderen Spitälern und Kliniken:

- Kantonsspital Nidwalden: Anästhesie, Operationszentrum und Orthopädie, Support Bereiche u.a. Informatik, Technik, Ökonomie, Ausbildung, Zentralsterilisation
- Luzerner Kantonsspital: Betrieb der Radiologie vor Ort, Spezialsprechstunden in der Onkologie, Gynäkologie & Geburtshilfe und Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Bereich Hygiene.

Das KSOW verfügt über 60 stationäre Betten und 8 Tagesklinikplätze im Akutspital sowie 25 stationäre Betten und 10 Tagesklinikplätze in der Psychiatrie.

Wegweisend für die Zukunft des KSOW war die erfolgreiche Abstimmung über den Umbau und Ersatz Bettentrakt im März 2012. In 2011 wurden die Planarbeiten mit eindrucklichem Engagement im Hinblick auf die Kurzfristigkeit des Zeitplans an die Hand genommen und die Volksabstimmung über den Baukredit intensiv vorbereitet. Inzwischen (März 2012) hat sich das Obwaldner Stimmvolk mit überragenden 87% für den Erhalt der Grundversorgung vor Ort mit entsprechenden Investitionen in den Umbau und Ersatz Bettentrakt ausgesprochen. Im August 2012 erfolgt der Spatenstich. Der Neubau soll bis Ende 2013 erstellt sein, der Umzug ist für Anfang 2014 geplant. In 2014 erfolgt der anschliessende sanfte Umbau des alten Bettentrakts für den Bezug der ambulanten Angebote.

Des Weiteren wurden im Berichtsjahr die Vorarbeiten zum unbestrittenen Ausbau der stationären Kapazitäten in der Psychiatrie OW/NW abgeschlossen.

Zusätzlich wurden die Arbeiten für die Einführung des KIS intensiv weiter betrieben, so dass die Einführung erfolgreich in 2012 erfolgte.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Wir orientieren uns am **EFQM Modell**, welches eine ganzheitliche Betrachtung des KSOW erlaubt. Mittels einer Standortbestimmung im Frühjahr 2011 wurde der Prozess wieder aktiviert, mit dem Ziel der nachhaltigen ganzheitlichen Qualitätsentwicklung (regelmässige interne Assessments) und einer Zertifizierung.

Kriterien gemäss dem EFQM Modell und deren Schwerpunkte des KSOW:

Führung

- Koordination und Umsetzung aller Schlüsselprojekte/Bauprojekte
- Duale Führung

Strategie

- Realisierung Ersatz Bettentrakt zur Sicherung der stationären Versorgung im Akutspital vor Ort

Mitarbeitende

- Erhalt und Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen zur Förderung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden sowie eines guten Betriebsklimas

Partnerschaften und Ressourcen

- Fortführung und Ausbau der engen Zusammenarbeit über die gesamte Versorgungskette (Zuweiser, Grundversorgungsspital, Zentrumsspital, Pflegeinstitutionen)
- Kontinuierliche Evaluation der eigenen Leistungsangebote versus Kooperationen bzw. Ausbau weiterer Zusammenarbeitsmodelle (vgl. Zusammenlegung Zentralsterilisation)

Prozesse

- Optimierung des Prozessmanagements mit einheitlicher Abbildung insbesondere der Kernprozesse
- Entwicklung von integrierten Prozessen über die gesamte Versorgungskette
- Optimierung des Klinikinformationssystems, einheitliche Patientendokumentation mit online Verfügbarkeit

Kundenbezogenen Ergebnisse

- Regelmässige Erhebung der Zufriedenheit (strukturierte Befragung) der Patienten- und Zuweiser

Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

- Regelmässige Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit mittels Mitarbeitergesprächen sowie zusätzlich durch strukturierte Mitarbeiterzufriedenheitsbefragungen

Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

- Regelmässige Evaluation der bestehenden Angebote/möglichen Aktivitäten mit ggf. deren Anpassung

Schlüsselergebnisse

- Marktposition des KSOW wird weiter gefestigt und ausgebaut
- Erreichung und Einhaltung der Finanzziele

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Durchführung EFQM-Assessment als Standortbestimmung
- Kontinuierliche Messung der Patientenzufriedenheit
- Durchführung der Pflichtmessungen ANQ
(Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus, Patientenzufriedenheit, SwissNoso, Rehospitalisationsrate)
- Konzentration auf das Prozessmanagement nach EFQM
- Planung der EFQM-Zertifizierung

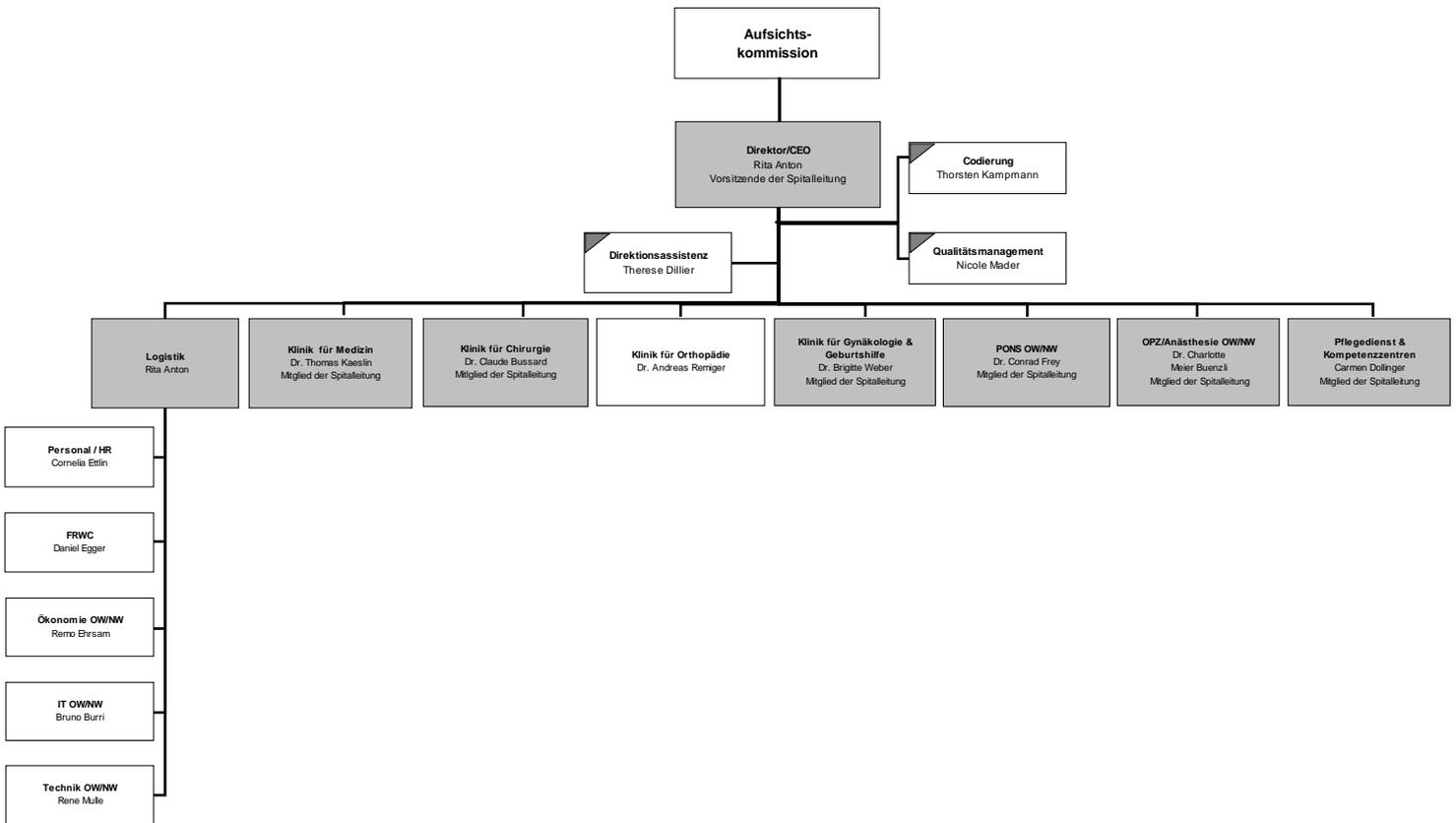
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Kontinuierliche Ermittlung der Patientenzufriedenheit mit Ableitung von Massnahmen aus den Ergebnissen
- Kontinuierliche Verbesserung in der Struktur- und Prozessqualität
- Durchführung der Pflichtmessungen ANQ gemäss Vorgaben

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung setzt das KSOW folgende Schwerpunkte:
- Orientierung am EFQM Modell mit Fokus auf Verbesserung der Prozessqualität und dem Ziel der Zertifizierung
 - Überarbeitung der Organisation und Prozesse nach Fertigstellung der Bauprojekte
 - Durchführung der Pflichtmessungen ANQ.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	80 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Rita ANTON	041 666 40 00	rita.anton@ksow.ch	CEO / Direktorin
Nicole MADER *	041 666 42 67	nicole.mader@ksow.ch	Qualitätsmanagerin, Mitglied Q-Kommission
Rita KURMANN	041 666 42 44	rita.kurmann@ksow.ch	Hygienebeauftragte
Dr. med. Thomas KAESLIN	041 666 40 57	thomas.kaeslin@ksow.ch	Chefarzt Medizin, Mitglied Spitalleitung
Dr. med. Claude BUSSARD	041 666 40 50	claudio.bussard@ksow.ch	Chefarzt Allgemein-, Unfall- und Viszeralchirurgie, Mitglied Spitalleitung, Mitglied Q-Kommission
Dr. med. Andreas REMIGER	041 666 40 45	andreas.remiger@ksow.ch	Chefarzt Orthopädie
Dr. med. Brigitte WEBER	041 666 42 84	brigitte.weber@ksow.ch	Ärztliche Leitung Gynäkologie & Geburtshilfe, Mitglied Spitalleitung <i>(ab 01.07.2012 Chefärztin)</i>
Dr. med. Conrad FREY	041 666 43 10	conrad.frey@ksow.ch	Chefarzt Psychiatrie OW/NW, Mitglied Spitalleitung, Mitglied Q-Kommission
Dr. med. Charlotte MEIER BUENZLI	041 666 40 71	charlotte.meier@ksow.ch	Chefärztin Anästhesie, Leiterin OPZ, Qualitätsbeauftragte CIRS, Mitglied Spitalleitung
Carmen DOLLINGER	041 666 42 60	carmen.dollinger@ksow.ch	Leiterin Pflege & Kompetenzzentren, Mitglied Spitalleitung, Mitglied Q-Kommission

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Obwalden
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Kantonsspital Nidwalden
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Spezialsprechstunde Dr. med. M. Bleichenbacher, Co-Chefarzt neue Frauenklinik Luzern
Handchirurgie	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Dr. med. Thomas Bieri, Cham
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Luzerner Kantonsspital
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Dr. med. M. Rossi, LA Infektiologie Luzerner Kantonsspital
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Dr. med. H. Freimann, OA Onkologie, Luzerner Kantonsspital
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Dr. med. Ch. Wyser, Pneumologe Luzern
Intensivmedizin	Kantonsspital Nidwalden Luzerner Kantonsspital
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Belegärztin Dr. med. Marlies Zürcher, Luzern
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Belegarzt Prof. Dr. med. M. Pfister, Sarnen
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Dr. med. U. Senft, Sarnen
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	
Psychiatrie und Psychotherapie	zusätzlich: Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulant)
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Luzerner Kantonsspital Dr. med. Alexander Bürkert
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Belegärzte Urologie Zentrum Hergiswil: Dr. med. Helge Hoffmann Dr. med. Michael Oswald

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebote therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Frau P. Imniger
Ergotherapie	SRK Sarnen
Ernährungsberatung	Frau C. Felder
Logopädie	Frau P. Niklaus
Physiotherapie	
Psychologie	
Psychotherapie	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	16500	15198	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	4	9	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	2962	2885	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	281	227	
Geleistete Pflorgetage	17155	16254	ohne gesunde Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	53	52	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.4	6.1	
Durchschnittliche Bettenbelegung	88.7%	85.6%	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	5858 (Konsultationen)	---	---	---
Tagesklinik	1822 (Konsultationen)	10		---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflorgetage
stationär	25	277	30.0	8307



Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	87.4	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	88.7	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	89.9	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	85.1	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	89.0	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	75.4	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	86.7	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“

Kommentar:

Aufgrund des alten Bettentrakts ist insbesondere der Bereich „Wohnen“ nicht zufriedenstellend, was mit dem Neubau unseres Bettentrakts gelöst wird.

Das Spital misst die Patientenzufriedenheit permanent bei allen ausgetretenen Patienten.

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input type="checkbox"/> PEQ <input type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18) <input type="checkbox"/> PZ Benchmark	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	963 Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten	48.9 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben- zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?

<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdestelle
Name der Ansprechperson	Rita Anton
Funktion	Spitaldirektorin/CEO
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	041 666 4000; rita.anton@ksow.ch
Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit. Begründung:

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2010 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2010 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht	
<input type="checkbox"/>		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

Messergebnisse

Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Informationen für das Fachpublikum

Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ⁴
--------------------	--

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht	
<input type="checkbox"/>		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

Messergebnisse

Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.

Informationen für das Fachpublikum

Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²
--------------------	--

¹Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010-September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010-September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Chirurgie, Orthopädie, Frauenklinik

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

²Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

³Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierten Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum

Messinstitution

Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?

Nein, unser Betrieb **führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011** durch.

Begründung:

Ja, unser Betrieb **führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011** durch.

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.

⁴Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liegeposition in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.	

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.29	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.11	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.48	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.15	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.57	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten jünger als 18 Jahre Verstorbene Patienten

Anzahl der total angeschriebenen Patienten	174		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	89	Rücklauf in Prozent	51.1%
Bemerkung			

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Inzidenz, Anzahl Stürze auf 1000 Pfl egetage

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Gesamtspital, inkl. Psychiatrie
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2.5 / 1000 Pfl egetage	19%	81%	Messperiode: Januar bis Dezember 2011

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitalern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Netrange

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten
Sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A – seit 1998	B Medizin
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A – 01.01.2010	B Chirurgie
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A – seit 2009	B Gyn & Geburten
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	B	
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A – seit 2005	B Anästhesie
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (SwissClinicalQuality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C ab 2012	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM	Gesamtspital	2003		Anerkennung Recognized for Excellence
EKAS	Gesamtspital	2007		Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
REA Kurse, Richtlinien SRC	Anästhesie	2005	2008	Reanimationskurse für Mitarbeitende

E2 Übersicht überlaufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Erfassen von kritischen Zwischenfällen (CIRS) <i>(Netrange Meldeportal)</i>	Erfassung und Auswertung von Zwischenfällen und Beinah- Zwischenfällen. Daraus resultierende Massnahmen haben sowohl vermeidenden als auch vorbeugenden Charakter.	Gesamtspital	laufend
Hämovigilanz/ Materiovigilanz/ Pharmakovigilanz <i>(Netrange Meldeportal)</i>	Erhöhung der Patientensicherheit	Gesamtspital	laufend
Richtlinie zur Wundbehandlung <i>Das KSOW betreibt ein interdisziplinäres Wundambulatorium</i>	Sicherstellen der einheitlichen Behandlung von Wunden	Gesamtspital / Pflegedienst	laufend
Dekubitusprophylaxe <i>Erhebung von Risiken und Dekubital Ulcera ("im ePA AC[®]")</i>	Erhöhung Patientensicherheit (Verbesserung der Dekubitusprophylaxe durch angepasste Massnahmen)	Gesamtspital / Pflegedienst	laufend
Sturzprophylaxe <i>Erhebung der Sturzgefährdung. ("im ePA AC[®]"). Erhebung der Sturzereignisse mittels Sturzprotokoll (Netrange Meldeportal). Verbesserung der Sturzprophylaxe durch angepasste Massnahmen.</i>	Erhöhung Patientensicherheit (Vermeidung von Stürzen im Spital)	Gesamtspital / Pflegedienst	laufend

Interne Hygieneaudits durch Hygienefachverantwortliche zur Beurteilung der Massnahmen zur Infektionsprävention und ermitteln von Verbesserungspotential	Kontinuierliche Verbesserung und Überwachung Hygienestandard	Gesamtspital / Hygiene	laufend
Patientensicherheit im Bereich Infektionen durch kontinuierliche Messung des Verbrauches an Händedesinfektion in allen Bereichen mit einer halbjährlichen Evaluation	Messindikator zur Einschätzung des Hygienestandards	Gesamtspital / Hygiene	halbjährliche Evaluation
Händehygienebeobachtungen nach den Kriterien der SwissNOSO auf allen Pflegestationen, Aufwachraum, Notfall	Messindikator zur Einschätzung der Händehygiene compliance		1x /Jahr
Bereichsspezifische Beratung und Unterstützung der Abteilungen in Sachen Hygiene durch Hygienefachverantwortliche	Kontinuierliche Verbesserung und Überwachung Hygienestandards	Gesamtspital / Hygiene	laufend
Isolationsmassnahmen nach Risikoeinschätzung bei Problemkeimen	Keine Ausbreitung von Problemkeimen wie MRSA und ESBL	Gesamtspital / Hygiene	Laufend
Fortbildung / Schulungen zum Thema ESBL	Vermitteln von Fachwissen	Gesamtspital / Hygiene	laufend
Versenden aller mikrobiologischen Resultate an die Hygienefachverantwortliche	Kontinuierliche Verbesserung und Überwachung der Isolationsrichtlinien	Labor / Hygiene	laufend
Grippeimpfaktion für Mitarbeitende	Grippeimpfung als vorbeugende Massnahme	Gesamtspital / Hygiene	laufend
Vortragsreihe „Gesundheit Obwalden“ <i>Fachspezialisten des Spitals informieren die Bevölkerung im Rahmen von populärmedizinischen Vorträgen zu ausgewählten gesundheitlichen Themen. Im Anschluss an die Vorträge stehen die Fachspezialisten für individuelle Fragen zur Verfügung</i>	Information, Prävention und Austausch	Gesamtspital	laufend
Patientenbefragungen	Laufendes Feedback und kontinuierliche Verbesserung der Spitalleistungen und -prozesse	Gesamtspital	laufend
Fit mit Ernährung und Bewegung als Primärprophylaxe bei Adipositas	Gezielte Ernährungsberatung gekoppelt mit einem regelmässigen physiotherapeutisch geleiteten Training soll helfen, Gewichtsprobleme in den Griff zu bekommen	Medizin / Physiotherapie	laufend
Kardiale Rehabilitation <i>Ambulantes Programm für die kardiale Rehabilitation als Sekundärprophylaxe in Zusammenarbeit mit den Kantonsspitalern Uri und Nidwalden (Gemeinschaftsprojekt) Das Reha-Programm ist von der SAKR anerkannt.</i>	Bietet Patienten nach operativen Eingriffen am Herz-Kreislauf-System die Möglichkeit, eine effiziente Rehabilitation ambulant durchzuführen	Medizin / Kardiologie	laufend

Herzgruppe Obwalden <i>Angebot eines wöchentlichen Bewegungsprogramms, welches durch ausgebildete Herztherapeut/innen durchgeführt wird.</i>	Kardiovaskuläre Langzeitrehabilitation von Herzpatienten	Medizin / Kardiologie	laufend
Rauchberatung	Förderung Rauchprophylaxe für die Kantonsbevölkerung	Medizin	laufend
Ausbildung in Aggressionsmanagement Fortbildung sowie interne und externe Fallsupervision		Psychiatrie OW / NW	laufend
Diverse Messungen (Luftkeimmessungen OPS, Wasserqualität, Druckluftqualität etc.)	Patienten- und Mitarbeitersicherheit	Technischer Dienst	periodisch, laufend
Vorbeugende Instandhaltung Medizintechnik – Diverse Wartungsverträge und STK	Patienten- und Mitarbeitersicherheit	Technischer Dienst	laufend
Inspektion Elektrische Anlagen Electrosuisse – Medizintechnik; Bodenableitmessungen	Patienten- und Mitarbeitersicherheit	Technischer Dienst	periodisch, jährlich
Energiecontrolling	Steigerung Energieeffizienz	Technischer Dienst	laufend
Um- / Ausbau der Serverinfrastruktur	Erhöhen der Verfügbarkeit und Ausfallsicherheit	Informatik	laufend
Um- / Ausbau der Netzinfrastruktur	Verbesserter Datendurchsatz und erhöhte Sicherheit	Informatik	laufend
Prozessoptimierung über gesamte Versorgungskette	Optimale und effiziente Dienstleistung und Vernetzung mit allen Partnern der Versorgungskette (Zuweiser, Grundversorgerspital, Zentrumsspital, Partnerspitäler, Pflegeinstitutionen)	Gesamtspital	laufend
Umsetzung Grade- & Skillmix Analyse des Pflege- und Betreuungsauftrages	Fachpersonen werden entsprechend ihrer Kernkompetenzen eingesetzt	Pflegedienst	2009-2011
Einführung elektronische Pflegedokumentation	Der Pflegeprozess wird mittels LEP®WAUU vollständig elektronisch abgebildet	Pflegedienst	2010-2011
Implementierung strukturierter Übergabeprozesse	Qualitätssteigerung in Bezug auf die Patientensicherheit	Rettungsdienst	2011
Aufbau Personalreporting	Personalcontrolling/Planungsinstrument	Personalwesen	ab 2011
Analyse der Lohnstruktur und konsequente Umsetzung	Marktgerechte Löhne Langfristige faire Lohnentwicklung sowie Mitarbeiterbindung	Personalwesen	ab 2011
Leitfaden für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen	Ausrichtung auf strategische Ziele des KSOW	Personalwesen	ab 2011
Konzept zur sicheren Notstromversorgung	Sicherstellung der Notstromversorgung	Gesamtspital	2010-2011
Beginn Planung stationäre Bettenauslastung in der Psychiatrie	Optimierung der Bettenauslastung	Psychiatrie OW / NW	2010-2012
Einführung und Umstellung auf digitales Röntgen		Gesamtspital/Radiologie	2011
Klinikinformationssystem (KIS)		Gesamtspital	2010-2012

Ausführungsplanung Umbau Bettentrakt	Erneuerung Bettentrakt Akutspital	Akutspital	2010-2012
Baubeginn	Dto.	Akutspital	August 2012



Schlusswort und Ausblick

Die weiterhin konsequente Ausrichtung auf den Grundversorgungsauftrag unterstützt die Fokussierung auf eine hochstehende medizinische Qualität zu wirtschaftlich vertretbaren Preisen.

Im KSOW folgt die Medizin dem Patienten und nicht dem Franken!

Erreicht wird dies im KSOW mittels einer

- **Optimalen medizinischen Grundversorgung**
- **Klarem Entscheid und Definition, welcher Leistungserbringer in der Versorgungskette die notwendige medizinische Leistung erbringt** (bspw. ambulante Hausarzt- und/oder Facharztversorgung, Zentrumsspital etc.)
- **Hohen Prozesskompetenz**
- **Überzeugenden und motivierten Mitarbeitenden**

Der vorliegende Qualitätsbericht wurde von der Spitalleitung des KSOW genehmigt und im Juni 2012 freigegeben.