

QUALITÄTSBERICHT 2011

Akutsomatik (V5.0)

Nach den Vorgaben von



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	4
	B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	4
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	6
	B6 Angaben zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	8
	C1 Angebotsübersicht	8
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	10
D	Qualitätsmessungen	11
	D1 Zufriedenheitsmessungen	11
	D1-1 Patientenzufriedenheit	11
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	13
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	13
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	15
	D2 ANQ-Indikatoren	16
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	17
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	18
	D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	19
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	20
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	22
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	24
	D3-1 Stürze	24
	D3-2 Dekubitus (Wundliegen)	24
	D4-3 Weiteres Messthema	25
	D4 Register/Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	26
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	27
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	27
	E2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	27
	Ausgewählte Qualitätsprojekte	31
F	Schlusswort und Ausblick	32

A Einleitung

Das Kantonsspital Nidwalden ist ein modernes 90-Betten Akutspital, beschäftigt rund 440 engagierte Mitarbeitende und gewährleistet die erweiterte Grundversorgung in den Bereichen allgemeine und viszerale Chirurgie, Orthopädie, Traumatologie, Innere Medizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe für den Kanton Nidwalden und für die Gemeinde Engelberg. Das Kantonsspital Nidwalden ist eine selbständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit und Sitz in Stans. Mit dem Projekt **LUNIS**, der Luzerner-Nidwaldner-Spitalregion, starteten die Kantone Luzern und Nidwalden am 01.01.2012 eine gemeinsame Spitalversorgung. Der Zusammenschluss soll für beide Spitäler und nicht zuletzt für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten ein Gewinn sein.

In den vergangenen zwei Jahren wurde im Kantonsspital gebaut und das Qualitätsprojekt «**Optimierungs- und Ergänzungsmassnahmen**» erfolgreich umgesetzt. Am Tag der offenen Tür vom 2. Juni 2012 konnten wir der Bevölkerung die neuen Zimmer für die Grundversicherten, die neue Privatstation, den neuen Notfall mit den Rettungswagen, die Operationsabteilung sowie den neuen Magnetresonanztomografen präsentieren.

Nicht nur die Infrastruktur sondern auch die Qualität der Dienstleistungen ist uns sehr wichtig. So wurde beispielsweise in Zusammenarbeit mit den Hausärzten das schweizweit einmalige und beachtete Projekt «**Garantieleistungen für Hüft- und Knie Operationen**» erfolgreich umgesetzt.

Auch dieses Jahr wurde durch ein externes, schweizweit anerkanntes und etabliertes Institut [mecon] eine umfangreiche Patientenbefragung durchgeführt. Wir haben im 2011 eine ausgezeichnete **Patientenzufriedenheit** im Vergleich mit über 30 ähnlichen Spitälern erreicht. Der beste Wert seit zehn Jahren.

Qualität ist ein strategischer Erfolgsfaktor und damit wichtiger Bestandteil der Unternehmenspolitik des Kantonsspitals Nidwalden. Eine hohe Qualität dient dem Wohl der Patienten, ist Motivation für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und umfasst eine ökonomische Ressourcennutzung. Aus diesem Grund werden im Kantonsspital Nidwalden zahlreiche Projekte zur Qualitätsmessung, Qualitätssicherung und Qualitätsförderung durchgeführt.

In dem strukturierten Qualitätsbericht nach den Vorgaben von H+ Die Spitäler der Schweiz legt das Kantonsspital Nidwalden bereits im vierten Jahr seine Qualitätsprojekte offen und vergleichbar mit anderen Spitälern der Schweiz dar.

Im Namen der Spitalleitung



Urs Baumberger
Stv. Direktor Luzerner Kantonsspital, Kantonsspital Nidwalden
Operativer Leiter Kantonsspital Nidwalden

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Eine hohe Qualität dient dem Wohl der Patienten, ist Motivation für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und umfasst eine ökonomische Ressourcennutzung. Aus diesem Grund werden im Kantonsspital Nidwalden zahlreiche Projekte zur Qualitätsmessung, Qualitätssicherung und Qualitätsförderung durchgeführt.

Sämtliche qualitätssichernde Massnahmen und Projekte dienen der Qualitätsstrategie:

Herzlich	„Fühlen Sie sich bei uns sicher und wohl aufgehoben, wie zuhause“
Individuell	„Wir gehen individuell und persönlich auf Ihre Bedürfnisse ein“
Professionell	„Wir garantieren Ihnen eine qualitativ hochstehende, professionelle medizinische Behandlung und Patientenbetreuung“

B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Bau- und Sanierungsprojekt «Optimierungs- und Ergänzungsmassnahmen»
- Optimierung der Klinischen Patientenpfade Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (T&P)-Operationen (Prozessoptimierung)
- Start Einführung Time-Out-Checkliste (Patientensicherheit)
- «Garantie für Qualität» – Abgabe von Garantieleistungen auf Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (T&P)-Operationen (Patientensicherheit)
- Zertifizierung und offizielle Anerkennung der Intensivstation durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI).
- Ausbau des Konzepts «Attraktiver Arbeitgeber».
- LUNIS-Phase 2: Intensivierung der Koordination Qualitäts- und Riskmanagement mit dem Luzerner Kantonsspital LUKS.
- Schulung Kundenorientierung Mitarbeiter 2010-2011 mit dem Forum Theater Zürich.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Wesentlicher Abschluss der «Optimierungs- und Ergänzungsmassnahmen».
- Erfolgreiche Einführung der Klinischen Patientenpfade Hüft- und Knie-T&P.
- 1. Abgabe von Garantieleistungen eines Schweizer Spitals auf ausgewählte Operationen im 2011 erfolgreich umgesetzt.
- Intensivstation wurde durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannt und zertifiziert.
- Messungen wurden gemäss Vorgaben durchgeführt.
- Schulung Kundenorientierung Mitarbeiter wurde erfolgreich im 2011 beendet

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Am 01.01.2012 wurde mit dem Projekt **LUNIS**, der Luzerner-Nidwaldner-Spitalregion, die erste überkantonale Spitalversorgung gestartet. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass der angestrebte Zusammenschluss beider Spitäler für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten ein Gewinn sein wird.

Die Grundlagen für das Projekt wurden bis Ende 2010 in einer Projektgruppe erarbeitet. Für das Qualitätsmanagement der beiden Spitäler bedeutet der angestrebte Zusammenschluss einen Gewinn, da nun Projekte spitalübergreifend angegangen und verglichen werden können. Das Kantonsspital Nidwalden wurde im 2010 in das Quality-Board des Kantonsspitals Luzern eingebunden und profitiert seither von dem Erfahrungsaustausch zwischen dem Zentrumsspital Luzern sowie den Spitälern Sursee und Wolhusen.

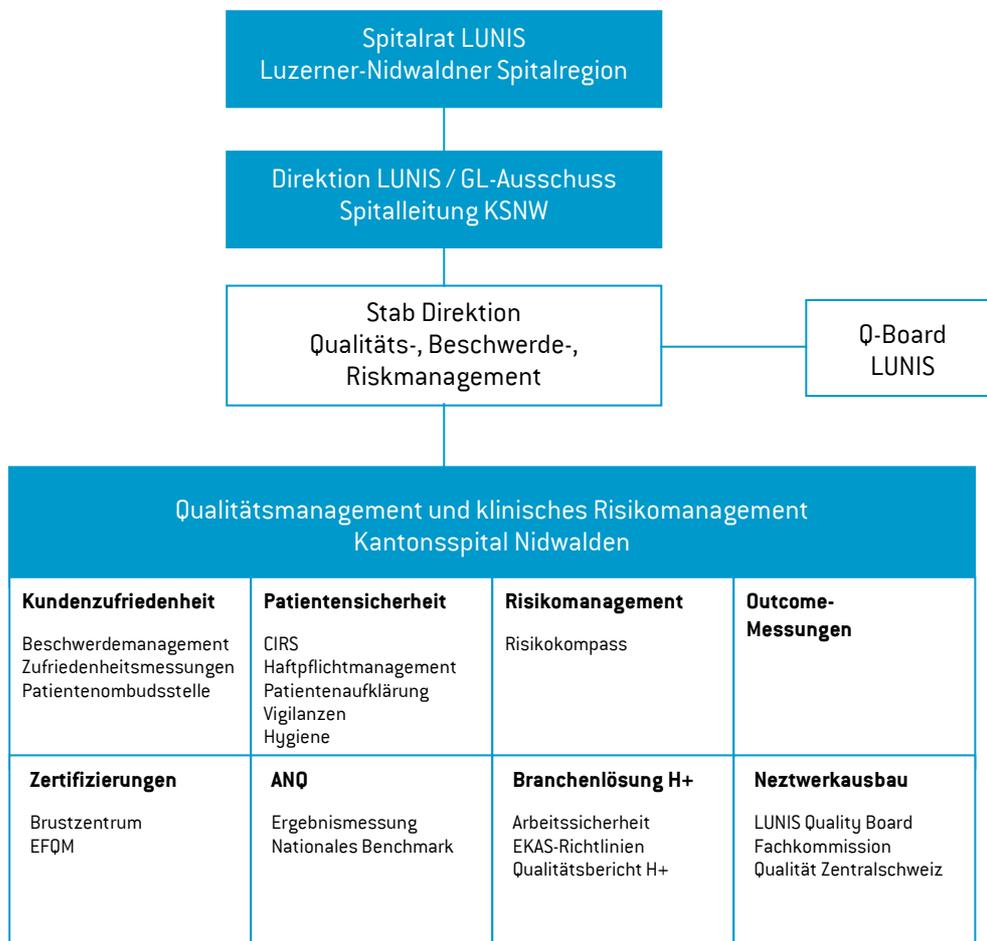
Ein wichtiges Qualitätprojekt wird in den nächsten zwei Jahren die Zertifizierung als „Partner Brustzentrum“ Luzern sein.

Das Kantonsspital Nidwalden strebt weiterhin eine Optimierung der Abläufe und Strukturen im **Behandlungs- und Prozessmanagement** an.



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, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	150 Stellenprozent zur Verfügung.



B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Anja RADOJEWSKI	041 618 10 02	anja.radojewski@ksnw.ch	Leiterin Qualitätsmanagement
Brigitte SCHALK JUFER	041 618 19 62	brigitte.schalk@ksnw.ch	Hygienefachberaterin
Dr. med. Charlotte MEIER BUENZLI	041 618 18 60	charlotte.meier@ksnw.ch	Chefärztin Anästhesie, Leiterin OPZ
Dr. med. Christoph KNOBLAUCH	041 618 18 21	christoph.knoblauch@ksnw.ch	Chefarzt Medizin
Norbert JENNY	041 618 10 30	norbert.jenny@ksnw.ch	Leiter Pflegedienst
Henner KOCH	041 618 18 91	henner.koch@ksnw.ch	Dipl. Anästhesiepfleger, CIRS-Verantwortlicher
Yvonne GOOD	041 618 10 34	yvonne.good@ksnw.ch	Stv. Leitung Pflegedienst, CIRS-Verantwortliche

Qualitätsinstrument	Verantwortlich
EFQM	Dr. Anja Radojewski
CIRS (anonymes Meldeportal® für kritische Zwischenfälle)	Dr. med. Charlotte Meier Buenzli, Dr. med. Christoph Knoblauch, Yvonne Good, Henner Koch
Sturz-Meldesystem (Meldeportal® von jedem Sturz mit und ohne Folgen)	Yvonne Good
Hämovigilanz (Meldeportal® für Transfusionszwischenfälle)	Dr. med. Jürgen Hein, Dr. med. Charlotte Meier Buenzli
Hämovigilanz Near Miss (Meldeportal® für Abweichungen, die vor der Transfusion entdeckt wurden)	Dr. med. Jürgen Hein, Dr. med. Charlotte Meier Buenzli
Pharmakovigilanz (Meldeportal® für Medikamentennebenwirkungen)	Dr. med. Jürgen Hein, Dr. med. Charlotte Meier Buenzli
Materiovigilanz (Meldeportal® für Vorkommnisse mit Medizinalprodukten)	Dr. med. Jürgen Hein, Dr. med. Charlotte Meier Buenzli
SwissNOSO (Erfassung postoperativer Wundinfektionen)	Brigitte Schalk Jufer
Messung Händehygiene Compliance	Brigitte Schalk Jufer
Messung Pflegeindikator Dekubitus gemäss EPUAP	Yvonne Good
SIRIS Implantatregister Hüft- und Knieprothesen	Dr. med. Andreas Remiger
Stationäre MECON-Patientenbefragungen	Dr. Anja Radojewski
Ambulante Patientenbefragungen	Dr. Anja Radojewski
Beschwerdemanagement ambulant und stationär	Dr. Anja Radojewski
Zuweiserzufriedenheit	Urs Baumberger
Messung Mitarbeiterzufriedenheit nach MECON	Dr. Anja Radojewski
Komplikationenliste der SGIM	Dr. med. Christoph Knoblauch

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 → [Spital / Klinik XY](#)
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	
Allgemeine Chirurgie, Viszeralchirurgie	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>	Luzerner Kantonsspital
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde, Spezialsprechstunden)</i>	Partner Brustzentrum Luzern, Neonatologie im Verbund Luzerner Kantonsspital Belegärztinnen: Dr. med. Kerstin Hug, Stans Dr. med. Andrea Näpflin-Weekes, Stans Dr. med. Elisabeth Renner, Stans Dr. med. Ida Szloboda, Stans
Handchirurgie	Luzerner Kantonsspital
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>	Luzerner Kantonsspital Inselspital Bern Unispital Basel
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>	Konsiliararzt Dr. med. Thomas Bieri, Zug
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	Konsiliararzt Dr. Christoph Henzen, Chefarzt Innere Medizin, Luzerner Kantonsspital
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie, Spezialisierte Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	Prof. Dr. W. Wuillemin, Chefarzt Hämatologie, Luzerner Kantonsspital
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	Dr. med. M. Rossi, LA Infektiologie, Luzerner Kantonsspital

<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Prof. Dr. med. Stefan Aebi, Chefarzt Medizinische Onkologie Luzerner Kantonsspital

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Hämodialyse Dr. med. Andreas Fischer Luzerner Kantonsspital
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Konsiliararzt Dr. med. Erich Helfenstein, Stans Luzerner Kantonsspital
Intensivmedizin	Luzerner Kantonsspital
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Luzerner Kantonsspital
Kinderchirurgie, Grundversorgung	Luzerner Kantonsspital/Kinderspital
Neurochirurgie	Luzerner Kantonsspital Inselspital Bern
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Konsiliararzt PD Dr. St. Bohlhalter Chefarzt Neurorehabilitation und Verhaltensneurologie, Luzerner Kantonsspital
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Luzerner Kantonsspital/Augenklinik
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Belegärztin Dr. med. Marion Einsle Belegarzt Dr. med. A. Thürlemann
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Luzerner Kantonsspital/Kinderspital Konsiliarärzte (Stans): Dr. med. Arthur Koch Frau Dr.med. Carole Bodenmüller Dr. med. Rainer Sulser Frau Dr. med. Bettina Zwysig
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	
Psychiatrie und Psychotherapie	Konsiliararzt Dr. med. Armin Walter
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Dr. med. Daniel Dreier Dr. med. Heidrun Eisenlohr Luzerner Kantonsspital
Tropen- und Reisemedizin	

Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Belegärzte Urologie Zentrum Hergiswil: Dr. med. Helge Hoffmann Dr. med. Michael Oswald Luzerner Kantonsspital Inselspital Bern
---	--

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

Angeborene therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	
Ergotherapie	
Ernährungsberatung	
Logopädie	Externe Logopädin
Physiotherapie	
Psychologie (stationär)	Kantonsspital Obwalden
Psychotherapie (stationär)	Kantonsspital Obwalden

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle,	13'218	Ambulante Patienteneintritte
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	32	
Anzahl stationäre Patienten,	4'077	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	388	
Anzahl Pflagestage gesamt	25'340	
Bettenanzahl per 31.12.2011	90	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.2	
Durchschnittliche Bettenbelegung	87%	

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patientenzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2011.	Letzte Messung: Nächste Messung: 2012
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt. Halbjährliche Auswertung.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:

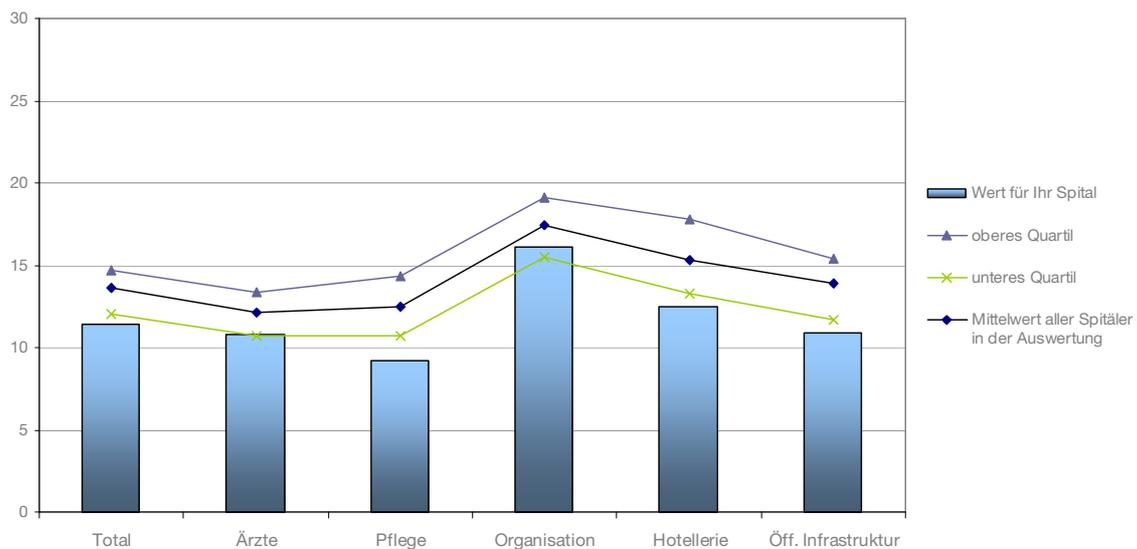
Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	87.8 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messbereiche.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	89.2 Punkte	7 Fragen, Kriterien Kompetenz, Information und Menschlichkeit
Pflege	90.8 Punkte	7 Fragen, Kriterien Kompetenz, Information und Menschlichkeit
Organisation	83.9 Punkte	7 Fragen, Kriterien Information, Koordination, Administration
Essen	87.7 Punkte	3 Fragen, Kriterien Essen (Bereich Hotellerie)
Wohnen	87.3 Punkte	3 Fragen, Kriterien Wohnen (Bereich Hotellerie)
Öffentliche Infrastruktur	89.1 Punkte	5 Fragen, Kriterien Cafeteria, Erreichbarkeit und Atmosphäre
Resultate pro Fachbereich		
Medizin	87.9 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Allgemeine Chirurgie	87.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Orthopädie	89.4 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Gynäkologie	90.1 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Geburten	88.0 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Kommentar:		
Das Spital misst die Patientenzufriedenheit permanent bei allen austretenden Patienten.		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF[-2?]			
<input type="checkbox"/> POC[-18]			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien/Ausschlusskriterien	Alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt / -		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	1'463 Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten	55.7%		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

Detaillierter Ausweis in Unzufriedenheitswerten

0 = max. Zufriedenheit
100 = max. Unzufriedenheit



	Total	Ärzte	Pflege	Organisation	Hotellerie	Öffentliche Infrastruktur
Wert für Ihr Spital	11.4	10.8	9.2	16.1	12.5	10.9
Mittelwert aller Spitäler in der Auswertung	13.6	12.1	12.5	17.4	15.3	13.9
oberes Quartil	14.7	13.4	14.3	19.1	17.8	15.4
unteres Quartil	12	10.7	10.7	15.5	13.3	11.7
Vertrauensintervall (90 %) +/-	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6
Standardabweichung	9.9	13.5	12.3	14	13.2	13.9
Anzahl Angaben (für Ihr Spital)	1463	1459	1462	1462	1448	1437

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 . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Qualitätsmanagement
Name der Ansprechperson	Dr. Anja Radojewski
Funktion	Qualitätsmanagerin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail)	Telefon: 041 618 10 02 E-Mail: anja.radojewski@ksnw.ch

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2011. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2011. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<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	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen	
	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	65.8 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messbereiche.
Resultate pro Berufsgruppe	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	59.3 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	64.9 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Medizin-technisches Personal	68.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	76.4 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	67.6 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe

Kommentar: -	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mecon Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument	
Einschlusskriterien/Ausschlusskriterien		Alle Mitarbeitenden wurden befragt	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		224 Fragebogen	
Rücklauf in Prozenten		58%	
Erinnerungsschreiben?		<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Personalrestaurant

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2011.	Letzte Messung: 2009	Nächste Messung: 2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		



Kinästhetikkurs Pflegepersonal

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 Ergebnisqualitäts-Messungen 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

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 (Rehospitalisierungen) 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 , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2011.		Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
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			
Auswertungsinstantz	Bundesamt für Statistik BFS		

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.

D2-2 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 mit SQLape® im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2011.	Letzte Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
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		
Auswertungsinanz	Bundesamt für Statistik BfS	

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.

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach 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 Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2011.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2011 wurde ab März 2010 in allen Kliniken eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% { }	% { }
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% { }	% { }
<input 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 checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% { }	% { }

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektmessung 2011 in pseudonymisierter 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.

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.



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?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz 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 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.

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

Dekubitus

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: <http://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 führt nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führt 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 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.	

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 angehängt 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?	9.44	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.23	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.18	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.43	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.63	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	Dezentrales Messinstitut
<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG	<input type="checkbox"/> hcri AG
<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	<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	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	340		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	189	Rücklauf in Prozent	55.59%
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 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema		Stürze			
Messung im Berichtsjahr 2011					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?					
Gemessene Abteilungen:	Alle Stationen (5)				
Ergebnis gesamt:	90	Anteil mit Behandlungsfolgen:	4	Anteil ohne Behandlungsfolgen:	86
<input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.					

Informationen für 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 Meldeportal® Sturzmeldungen

D3-2 Dekubitus (Wundliegen) (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input 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:

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
22	21	Erhebung erfolgt durch Meldungen.

<input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

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

D3-3 Weiteres Messthema

Messthema	Händedesinfektionscompliance
Was wird gemessen?	Indikationen und Gesamtcompliance

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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: Pflegestationen, Notfall, Aufwachraum, Intensivstation

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
83.3% Gesamtcompliance	

<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .
-------------------------------------	--

Informationen für 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: SwissNOSO

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 A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A=Ja, seit 20xx B=nein C=geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokardinfarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A	B Medizin
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A 2011	B Chirurgie
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	B Gynäkologie & Geburtshilfe
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A 2011	B
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A 2004	A
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B	
SCQM (SwissClinicalQuality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	A	B Medizin/ Rheumatologie
SIRIS (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A 2012	B Orthopädie
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B	
SWISSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	B	
Überregionales Krebsregister	B: Zentralschweizer Krebsregister	A 2011	

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.

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungsjahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
KSNW	EFQM	2006 Verpflichtung zu Excellence		Verwaltung, Ärztsekretariate
Zentrale Sterigutversorgungs- abteilung	ISO 9001:2000	2014		
Zertifizierung „Partner Brustzentrum“ LUKS gemäss Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Brustkrebszentren	ISO 9001:2008	2014		
KSNW	EKAS	2008	2013	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit

E2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

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

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
KSNW	Meldeportal® CIRS	Vermeidung von Schadenfällen, Verbesserung der Ablauforganisationen	laufend regelmässige Fallbesprechungen
KSNW	Meldeportal® Hämovigilanz	Erfassung von unerwünschten Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten	laufend
KSNW	Meldeportal® Pharmakovigilanz	Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen	laufend
KSNW	Meldeportal® Materiovigilanz	Erfassung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten (z.B. med. Geräte, med. Verbrauchsmaterial)	laufend
KSNW	Meldeportal® Sturzmeldungen	Stürze im Spital vermeiden, Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	laufend
KSNW	Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze: Die gefährdeten Patienten werden mit dem Sturz- risikoassessment ermittelt. Die Massnahmen erfolgen individuell gemäss dem Sturzkonzept.	Stürze im Spital vermeiden, Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	laufend



Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
	Konkrete Massnahmen: Patient und Angehörige über Sturzrisiko informieren, über Massnahmen aufklären, darauf hinweisen, dass Patient Hilfe rufen soll, Bettgitter, Klingelmatte, Bewegungsmelder, Sitzwachen, u.a.m.		
KSNW/Hygiene	Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienekommission gemeinsam mit KS Luzern ▪ Beobachtung Händehygiene Compliance März 2011 ▪ Berechnung Verbrauch Händedesinfektion per Semester nach SwissNoso ▪ Weiterbildung MRSA 	Vermeidung von Infektionen, keine bis wenige MRSA-Fälle, keine Übertragungen	laufend
KSNW/Hygiene	Grippeimpfaktion für Mitarbeitende	Patientenschutz, vorbeugende Massnahme	laufend
KSNW	Fortlaufende Patientenbefragungen nach Austritt	Patientenzufriedenheit, Resultate als Grundlage für Massnahmen und Projekte	laufend
KSNW	Beschwerdemanagement mit Patientenombudsstelle	Patientenzufriedenheit, Verbesserungspotential	laufend
Pflegedienst	Kinästhetic-Konzept, Schulung Pflegepersonal, fortlaufende Workshops	Schonende Bewegung von Patienten und Personal	laufend
Pflegedienst	Pflegeentwicklung, Pflegeprozess	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	laufend
KSNW/Pflegedienst	Bezugspersonenkonzept	Jeder Patient kennt seine für ihn zuständige Pflegebezugsperson	laufend
KSNW	Risikopatienten für Dekubitus laufend gemäss EPUAP erfassen	Dekubitus vermeiden	laufend
Palliativstation	Evaluation Palliative Betreuung	Patientenzufriedenheit, Verbesserungspotential	laufend
Kardiale Rehabilitation	Fortlaufende Patientenbefragung nach Abschluss der Rehabilitation	Patientenzufriedenheit, Verbesserungspotential	laufend
Ernährungsberatung/Küche	Aktualisierung Diabeteskostform	Mediterrane Ernährung und Diabetekost in einem Menü verbinden nach aktuellen evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen	laufend
Chirurgie/Ernährungsberatung	Präoperatives Ernährungskonzept	Präoperative Erfassung des Ernährungszustandes und ggf. Einleiten einer ambulanten präoperativen Ernährungstherapie nach den ESPEN-Guidelines	laufend
Ernährungsberatung/Küche/Chirurgie	Erstellen von neuen Kostformen für das Fast-Track-Konzept	Erleichterung und Beschleunigung des Kostaufbaus für Patienten, die über das Fast-Track-Konzept laufen.	laufend
KSNW	Erfassen und Codieren der Mangelernährung	Erfassung des Ernährungszustandes nach dem NRS-Score	laufend

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
		und Deklaration im Austrittsbericht	
KSNW	Ernährungsteam	Interdisziplinäre Besprechung von Ernährungsproblemen (EB, Pflege, Arzt, Apotheke, Küche)	Jährlich 2 Treffen
KSNW	Preiselbeersaft als ergänzende Therapie bei Harnwegsinfekt	Harnwegsinfekte therapieren	laufend
Ernährungsberatung/Ärzte	Infoschema zur sekundären Prophylaxe von Nierensteinen für Patienten erstellen und abgeben	Rezidivrate für Nierensteine senken	laufend
Orthopädie	Seitenmarkierung der Extremitäten	Verhinderung von Falschseiteneingriffen in der Orthopädie	laufend
Alle Kliniken	FA-Operator-Patient Kontakt vor Eingriffen	Patienteninformation, Patientenaufklärung	laufend
Orthopädie	Schriftliche präoperative Aufklärung vor OP	Patienteninformation, Patientenaufklärung	laufend
Medizin	Komplikationenliste der SGIM	Verhinderung / Vermeidung von Komplikationen	Seit 14 Jahren laufend, Quartals- und Jahresberichte (ca. 30 Spitäler)
Wundambulatorium	Wundbehandlungskonzept durch Spezialisten umgesetzt	Wundbehandlung evidenzbasiert	laufend
Labor	Versenden aller mikrobiologischen Resultate an die Hygienefachberaterin	Kontinuierliche Verbesserung und Überwachung des Isolationsrichtlinien	laufend
Informatik	Um-/Ausbau der Serverinfrastruktur	Erhöhen der Verfügbarkeit und Ausfallsicherheit	laufend
Informatik	Um-/Ausbau der Netzinfrastruktur	Verbesserter Datensatz und erhöhte Sicherheit	laufend
Informatik	Einführung WLAN im KSNW	Wireless Netz im gesamten Spital.	2010-2011
KSNW	Einführungsprogramm für neue Mitarbeitende	Einheitliche Einführung der Mitarbeiter in das Spital, Mitarbeiterzufriedenheit	Quartalsweise
Spitalleitung	Klausurtagungen	Intensiver Austausch über Unternehmens- und Managementthemen	Jährlich 1 Treffen über 2 Tage
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	„Idee-Top“ (Ideenmanagement)	Nutzung des innovativen Ideenpotentials der Mitarbeitenden	laufend
Orthopädie/ Anästhesie/ Physiotherapie/Hygiene/ Sozialdienst/Pat. Admin./ Radiologie/Pflege	Aufbau Klinischer Patientenpfad Hüft-TP, Knie-TP	Optimierung des Patientenpfads, Sicherstellung der Schnittstellen	2010-2011
Klinik für Orthopädie	Garantie für Qualität	Abgabe eines Garantiescheins auf Hüft-TP, Knie-TP (Erstimplantat)	2011-laufend
Intensivstation	Aufnahme der Zertifizierung im Leistungsauftrag des Spitals. Bauliche Vorbereitungen zur Zertifizierung.	Zertifizierung nach den Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	2010-2011
Pflegedienst	Einführung elektronische Pflegedokumentation.	Pflegeprozess wird mittels LEPWAUU vollständig elektronisch abgebildet.	2010-2011

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Personalwesen	„Attraktiver Arbeitgeber“	Attraktivität als Arbeitgeber halten und steigern.	2010-2012
KSNW	Seminare Kundenorientierung mit dem Forum Theater Zürich.	Beziehung zum Patienten/ Kunden aktiv wahrnehmen und gestalten.	2010-2011
KSNW	Integrales Riskmanagement (Risikokompass)	Systematische Risikobeurteilung auf Stufe Unternehmen	2012-2013
KSNW	KIS – Klinikinformationssystem	Elektronische Patientenakte.	2010-2013
KSNW / Technischer Dienst	Beginn Optimierungs- und Ergänzungsmassnahmen (Modernisierungsprojekt KSNW)	Komplette bauliche und strukturelle Optimierung des KSNW.	2010-2011
KSNW	Prozessoptimierung/ Prozessmanagement	Optimierung der Ablauforganisation und Spitalprozesse	2012-2014 (Projekt) laufend



Interdisziplinäre Intensivstation. Zertifizierung nach SGI (Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin) im Juli 2011.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitle	Klinischer Patientenpfad Hüft-TEP, Knie-TEP mit abschliessender Abgabe Garantieschein an Patient	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Abgabe eines Garantiescheins als transparenten Nachweis der Leistung des Spitals und zur Sicherheit der Patienten.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Die Patienten erhalten über die Garantieelemente einen klar definierten Garantieschein als transparenten Nachweis der erbrachten Leistung aller am Patientenpfad beteiligten Personen. Projekt dient der Patientensicherheit.	
Projektlauf / Methodik	Optimierung des Klinischen Patientenpfads Hüft-TEP und Knie-TEP, Aufbau einer Checkliste, Optimierung des Eintritts- und Austrittsmanagements. Es wurden Workshops und Einzelgespräche mit allen Beteiligten durchgeführt um Optimierungen zu erzielen und Schnittstellenproblematiken zu beseitigen.	
Projektergebnisse	Abgabe 1. Garantieschein am 1. Dezember 2011.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> Klinik Orthopädie	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte Orthopädie, Anästhesie / OPZ / IPS / Physiotherapie / Pflege / Sozialdienst / Hausärzte Kanton	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Mit der „Garantie für Qualität“ erbringt das Kantonsspital Nidwalden für die Patienten der orthopädischen Klinik vor und nach einem Hüft-TP und/oder Knie-TP Eingriff genau definierte Garantieelemente und Garantieleistungen. Im Garantiefall erhalten die Patienten ein Upgrading sowie einen Teil ihrer Franchise im Jahr des Garantiefalls erstattet. Das Projekt wird mit den ANQ-Qualitätsindikatoren begleitet und überprüft. Mittels Stichproben wird die Durchführung der Checkliste überprüft.	
Weiterführende Unterlagen	Garantieschein, Checkliste Patientenpfad Hüft-TEP, Knie-TEP, Patienteninformationen, Hausarztinformationen	

Projekttitle	Time-out-Checkliste für operative Eingriffe	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Patientensicherheit: Prävention von Eingriffsverwechslungen	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	4 Stufen Plan: 1. Identifikation des Patienten 2. Markierung des Eingriffsortes (Seite) 3. Zuweisung zum richtigen OP-Saal. 4. Team-Time-Out vor Schnitt	
Projektlauf / Methodik	Erstellung einer Checkliste nach Grundlage WHO Standard, Sensibilisierung für das Thema in Teamsitzungen.	
Projektergebnisse	Zügige Einführung der Checkliste über alle Kliniken. Breite Sensibilisierung für das Thema in den Teams.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> OPZ, Notfall, Station	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, OPZ-Team, Pflege Station, Notfall	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Das Projekt ist erfolgreich gestartet, es wurden keine Eingriffsverwechslungen vermerkt. Kontinuierliche weitere Sensibilisierung der Teams.	
Weiterführende Unterlagen	Time-Out Checkliste	

F Schlusswort und Ausblick

Mit dem Qualitätsbericht 2011 publiziert das Kantonsspital Nidwalden nach 2008 den vierten Qualitätsbericht in Folge nach den Vorgaben von H+. Auch in diesem Jahr gibt uns der Qualitätsbericht die Möglichkeit, in strukturierter Form die vielfältigen Qualitätsmassnahmen des Spitals einem grösseren Publikum transparent darzulegen.

Das Qualitätsmanagement im Kantonsspital Nidwalden dient der Verbesserung aller organisierten Massnahmen, die zur Optimierung der Qualität unserer täglichen Routine, Abläufe (Prozesse) und Leistungen dienen. Sämtliche seit 1995 erbrachten Qualitätsmassnahmen sollen die Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit unterstützen und verbessern. Die laufenden Patientenbefragungen helfen uns dabei als Anreiz zur ständigen Optimierung unserer Qualität.

Wir orientieren uns an den Bedürfnissen der Patienten. Sie stehen bei uns im Mittelpunkt. Als Bestätigung unserer Anstrengungen freuen wir uns daher, dass wir auch im 2011 in der Patientenzufriedenheit gemäss MECON zu den besten 25% der Schweizer Spitäler gehören.

