

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

17. Mai 2023
Remo Ehram, Leiter Q-Kommission

Version 2



Kantonsspital Obwalden

www.ksow.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2022.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2022

Herr
Remo Ehram
Leiter Q-Kommission
041 666 40 20
remo.ehram@ksow.ch

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	21
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	21
4.5 Registerübersicht	22
4.6 Zertifizierungsübersicht	24
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Zufriedenheitsbefragungen	26
5 Patientenzufriedenheit	26
5.1 Eigene Befragung	26
5.1.1 Stationäre Patientenbefragung ANQ	26
5.1.2 Mecon stationäre Patientenzufriedenheitsmessung	27
5.2 Beschwerdemanagement	28
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 icommit Mitarbeiterbefragung	29
8 Zuweiserzufriedenheit Die nächste Befragung findet 2024 statt. (alle 3 Jahre)	
Behandlungsqualität	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	30
10 Operationen	31
10.1 Hüft- und Knieprothetik	31
11 Infektionen	32
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	32
12 Stürze	35
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	35
12.2 Eigene Messung	36
12.2.1 Sturzinzidenz	36
13 Dekubitus	37
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	37
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	39
17.1	Weitere eigene Messungen	39
17.1.1	Assistenzarztzufriedenheit Innere Medizin	39
17.1.2	Assistenzarztzufriedenheit Chirurgie	41
17.1.3	Assistenzarztzufriedenheit Gynäkologie	42
17.1.4	Assistenzarztzufriedenheit Orthopädie	42
18	Projekte im Detail	43
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	43
18.1.1	Geriatrische Akutrehabilitation	43
18.1.2	Peer review nach IQM	43
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	44
18.2.1	Zeuginssprozess	44
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	45
18.3.1	Rezertifizierung DGU	45
19	Schlusswort und Ausblick	46
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		47
	Akutsomatik	47
Herausgeber		49

1 Einleitung

Kantonsspital Obwalden – Nähe erleben, Qualität leben

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

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

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

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

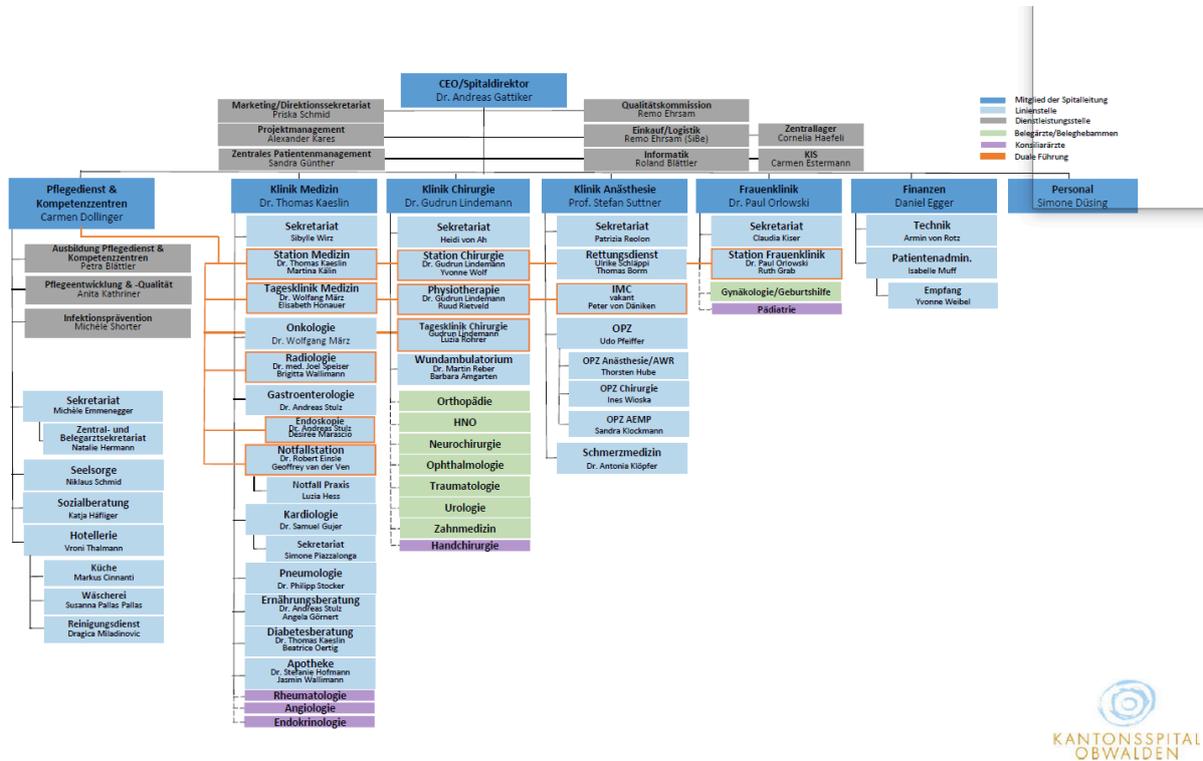
Mit den Haus-, Beleg- und Fachärzten pflegt das KSOW eine sehr gute Zusammenarbeit, sie spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgungskette.

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

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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

Mitglieder der Qualitätskommission sind:

- CEO*
- Leiterin HR*
- Stv. Leitung Pflege- und Kompetenzzentren
- Pflegeexpertin
- CIRS-Verantwortliche Pflege
- CIRS Verantwortlicher Ärzteschaft
- CIRS Verantwortliche Paramedizin
- SIRIS-Verantwortliche
- Hygienefachexpertin Infektionsprävention
- Leiter Einkauf/Logistik/SIBE
- Direktionsassistentin/Leiterin Marketing
- Controlllerin

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

* Mitglieder der Spitalleitung

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Frau Priska Schmid
Direktionsassistentin
041 6664017
priska.schmid@ksow.ch

3 Qualitätsstrategie

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

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

- Durchführung der Pflichtmessungen ANQ. Diese wurden teilweise eingestellt oder verschoben.
- Feed Back Management bei unseren Patienten. (773 Feedbacks im Jahr 2022. Die Messung wurde während der MECON-Umfrage vom September bis November unterbrochen))
- Interdisziplinäre Weiterbildung
- CIRS
- Materiovigilance/Haemo- und Pharmacovigilance wurde neu aufgebaut

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

- Verschiedene Projekte in den Bereichen Prozess-, Qualitäts- und Dienstleistungsoptimierungen wurden erfolgreich realisiert.
- Mecon Patientenbefragung
- Feed Back Management Patienten
- Interdisziplinäre Weiterbildungen
- Überarbeitung des Hospitality-Konzeptes
- Mitarbeiterbefragung
- CIRS Konferenz
- Mortality und Morbidity Besprechungen
- SwissNoso (Wundinfekte)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

Ein zentrales Thema wird weiterhin die Führung sein.

Projekte "Vermeidung katheterassozierte Harnwegsinfektionen (HWI-CAUTI) und nationale Erhebung Händehygiene compliance (CleanHands)

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patientenbefragung ANQ ▪ Mecon stationäre Patientenzufriedenheitsmessung
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ icommit Mitarbeiterbefragung
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturzinzidenz
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenzarztzufriedenheit Innere Medizin ▪ Assistenzarztzufriedenheit Chirurgie ▪ Assistenzarztzufriedenheit Gynäkologie ▪ Assistenzarztzufriedenheit Orthopädie

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Entwicklungsnachmittage für Kadermitarbeitende

Ziel	Mitgestaltung der Entwicklung des KSOW
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	4x jährlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	im Jahr 2022 fanden infolge COVID-19 nicht alle Veranstaltungen statt

Prozessmanagement

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

Interne und externe Audits

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

Aktion Grippeimpfung für Mitarbeitende

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

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

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

Arbeitsgruppe Hygiene

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

Versenden aller mikrobiologischen Resultate an die Hygienefachexpertin

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

Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung und -qualität

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

Arbeitsgruppe CIRS / CIRS-Konferenz

Ziel	Förderung der Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2x monatlich / 2 x jährlich für alle MA
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Arbeitsgruppe Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Förderung und Umsetzung von Massnahmen im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	5x jährlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Methodik	Branchenlösung H+

Gesundheitsförderung und Prävention

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

Patientenidentifikationsarmbänder

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

Postoperative Wundinfekte-Prophylaxe

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

Sturz-Prophylaxe

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

Dekubitus-Prophylaxe

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

Meldeportal CIRS

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

Meldeportal Hämovigilanz, Materiovigilanz, Pharmakovigilanz

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

Meldeportal Mitarbeiter- und Arbeitssicherheit

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

Meldeportal Sturz

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

Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Orthopädie

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

Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Chirurgie

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

Anerkennung als Weiterbildungsstätte innere Medizin

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

Anerkennung als Weiterbildungsstätte Kardiologie

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

Anerkennung als Weiterbildungsstätte Gynäkologie

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

Qualitätskommission

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

E-Bibliothek

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

Händehygiene Verbrauch Hände Desinfektionsmittel

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

Geriatrische Akutrehabilitation

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

Delirmanagement

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

Meldetool Verbale/Tätliche Übergriffe

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

Vermeidung Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen (HWI-Cauti)

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

Nationale Erhebung der Händehygiene-Compliance (CleanHands)

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

Einführung neue Mitarbeitende

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

Morbidity- und Mortalitätskonferenz (Never Events)

Ziel	Sachliche und offene Diskussionskultur etablieren, potentielle Fehlerquellen identifizieren und konkrete Verbesserungsmassnahmen erarbeiten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Machbearbeitung von Zwischenfällen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzeschaft, betroffene Mitarbeiter, CIRS-Mitglieder

Bemerkungen

Weitere Arbeitsgruppen:

- Materialkommmission
- COPD-Trainingsgruppe

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2009 ein CIRS eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin ([IQM](#)) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse [nicht Verfügbar](#) abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

Nach dem Entscheid der SL zum Beitritt zur IQM haben wir uns in die Materie eingearbeitet und die Vertreter für die verschiedenen Gremien bestimmt. Ein Vertreter des KSOW wurde zum Peer ausgebildet. Aufgrund der kleinen Fallzahlen wird es im KSOW kaum zu statistisch signifikanten Meldungen der Qualitätsindikatoren kommen. Die SL hat vorgesehen für das Jahr 2023 ein freiwilliges Peer-Review anzumelden.

4.5 Registerübersicht

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

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

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

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR ZKR Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Ganzer Betrieb	2004	2022	Attest der Fachstelle der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit
Anerkennung SAfW	Wundambulatorium	2012	2022	SAfW (Schweiz. Gesellschaft für Wundbehandlung) Zertifikat für das Wundambulatorium als anerkanntes Wundbehandlungszentrum
Swissnoso, interne SSI-Surveillance-Prozesse	Spitalhygiene	2013	2021	Audit/Evaluation der Surveillance Prozesse, Schweizerische Richtlinie
Schweizerische Richtlinie zur Aufbereitung flexibler Endoskope (www.svep.ch)	Endoskopie	2010	2021	Audit 1x/Jahr Weisse Liste Hygienetests (www.sggssg.ch)
TraumaNetzwerk DGU® Lokales Traumazentrum	Chirurgie	2016	2022	DIOcert Zertifikat für das KSOW als lokales Traumazentrum des Netzwerks Traumatologie Zentralschweiz
Netzwerkpartner Brustzentrum Luzern	Frauenklinik	2013	2019	Vorgaben Schweizer Gesellschaft für Senologie und Krebsliga Schweiz
ISO 13485 : 2016	AEMP	2018	2021	Audit gültig 2024
Hebammen geleitete Geburt. Anerkennung Schweizerischer Hebammenverband	Frauenklinik	2019	2022	Audit gültig bis 2025
REKOLE	ganzer Betrieb	2020	2020	gültig bis 2024

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Stationäre Patientenbefragung ANQ

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

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

Im Berichtsjahr bearbeitete das Qualitätsmanagement insgesamt 773 Feedbacks. Während der MECON-Patientenbefragung, vom September bis November, setzten wir diese Befragung aus. Erfreulicherweise konnten auch in diesem Jahr fast ausschliesslich positive Patientenrückmeldungen entgegengenommen werden. Bei nicht anonymisierten negativen Rückmeldungen wurden die Beschwerdeführer von der Direktion telefonisch kontaktiert, um die Sachlage zu klären und allfällige Massnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Patientenbefragung findet im stationären Bereich des Kantonsspitals Obwalden statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Patientenbefragung wird in Papierform durchgeführt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.1.2 Mecon stationäre Patientenzufriedenheitsmessung

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September 2022 bis Dezember 2022 durchgeführt.

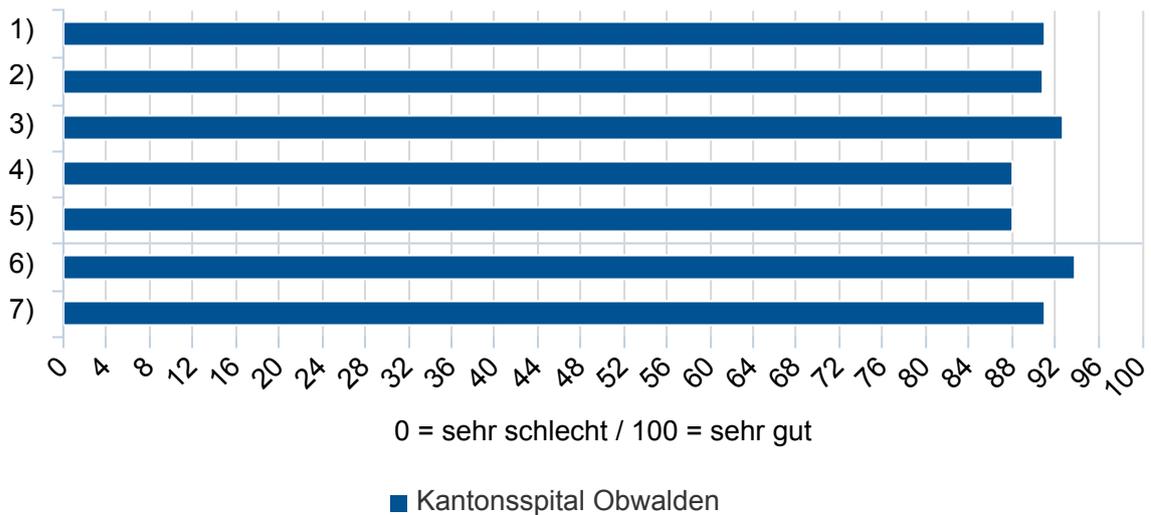
Ganzes Spital

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Obwalden	91.10	90.90	92.80	88.10	88.10

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Kantonsspital Obwalden	93.90	91.10	362	45.00 %

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

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

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Obwalden

Priska Schmid

Direktionassistentin / Leiterin Marketing

041 666 40 17

priska.schmid@ksow.ch

Mo. bis Fr. 08.00 - 12.00

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 icommit Mitarbeiterbefragung

Die von dem Befragungsinstitut icommit durchgeführte Mitarbeiterbefragung findet regelmässig in 150 Unternehmungen in der Schweiz statt.

Das Kantonsspital Obwalden führte diese Befragung das erste mal im September 2022 mit icommit durch. Die Ergebnisse werden zusammen mit einer Gruppe von freiwilligen Mitarbeitenden ausgewertet und anschliessend Massnahmen dazu definiert.

Die Massnahmen werden anschliessend in der Geschäftsleitung besprochen und bewilligt, wie auch an der alle 3 Monate stattfindenden Mitarbeiterinfo allen Mitarbeitern gegenüber kommuniziert und eingeführt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 01.09.2022 bis 30.09.2022 durchgeführt.
Alle Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Befragung ist sehr detailliert und vertraulich. Sie dient zur internen Qualitätssteigerung.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	Mitarbeiterbefragung

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2017	2018	2019	2020
Kantonsspital Obwalden				
Verhältnis der Raten*	0.87	0.86	0.96	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:	–			

* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

aufgrund des Methodenwechsels keine Daten (Entscheid ANQ)

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2016 - 2019	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2016 - 2019	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2016 - 2019
Kantonsspital Obwalden				
Primäre Hüfttotalprothesen	283	3.90%	3.70%	3.50%
Primäre Knieprothesen	335	2.50%	4.50%	2.70%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Blinddarm-Entfernungen
- *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
Kantonsspital Obwalden						
Blinddarm-Entfernungen	24	0	0.00%	2.10%	3.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	3	0	0.00%	6.50%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	9	1	6.30%	6.70%	8.20%	5.90% (0.00% - 21.30%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden neu jeweils zeitgleich durchgeführt. Infolge der Übergangsphase können im Qualitätsbericht 2022 gleich zwei Messperioden (2020/2021 und 2021/2022) bei den Messungen mit Implantaten ergänzt werden. Jedoch wird nur die neuere Messung (2021/2022) ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse der Messperiode mit Implantaten, vom 1. Oktober 2020 – 30. September 2021 (mit Unterbruch infolge Covid-19, 1. November 2020 bis 1. April 2021), werden bereits unter den Vorjahren aufgelistet.

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

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
Kantonsspital Obwalden						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	94	2	2.10%	0.00%	-	2.00% (0.00% - 4.80%)

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw.

klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Infektionsraten des KSOW sind unauffällig. Die Infektionsprävention ist ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung und wird laufend überprüft. Bei der Beurteilung der Ergebnisse sind die statistisch tiefen Fallzahlen zu berücksichtigen, denn sie reduzieren die Aussagekraft. Die Erfassung fand ab März 2021 wieder wie gewohnt statt. Dies aufgrund des 3-monatigen Unterbruchs wegen der COVID-19 Pandemie.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

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

Messergebnisse

	2018	2019	2022
Kantonsspital Obwalden			
Residuum* (CI** = 95%)	-0.05 (-0.48 - 0.38)	-0.02 (-0.51 - 0.54)	-0.11 (-0.76 - 0.54)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	48	Anteil in Prozent (Antwortrate)	
		87.50%	

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

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzinzidenz

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Bettenstationen und IMC

In der Messung eingeschlossen wurden alle stationär behandelten Patienten.

2022 ereigneten sich im Kantonsspital Obwalden insgesamt 57 Stürze. Die Sturzinzidenz liegt bei 3.81 Stürzen/1000 Pflagetagen, dies bei einer Zunahme der Pflagetage um 6%.

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

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

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

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

Messergebnisse

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

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
Kantonsspital Obwalden					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	1	2.08%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.16 (-1.10 - 0.78)	-0.03 (-0.81 - 0.74)	0.08 (-0.75 - 0.90)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	48	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2022		87.50%	

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

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Assistenzarztzufriedenheit Innere Medizin

Allgemeines

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

Messhäufigkeit

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

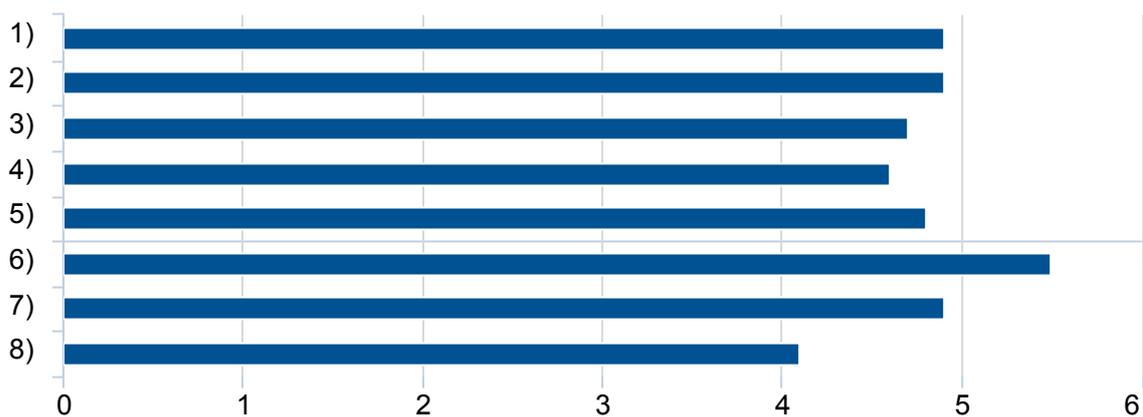
Klinik Innere Medizin

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

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



0 = ungenügend / 6 = sehr gut

■ Kantonsspital Obwalden

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Obwalden	4.90	4.90	4.70	4.60	4.80

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)		
Kantonsspital Obwalden	5.50	4.90	4.10	7	64.00 %

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIWF
Methode / Instrument	Assistenzarztbeurteilung

17.1.2 Assistenzarztzufriedenheit Chirurgie

Allgemeines

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

Messhäufigkeit

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

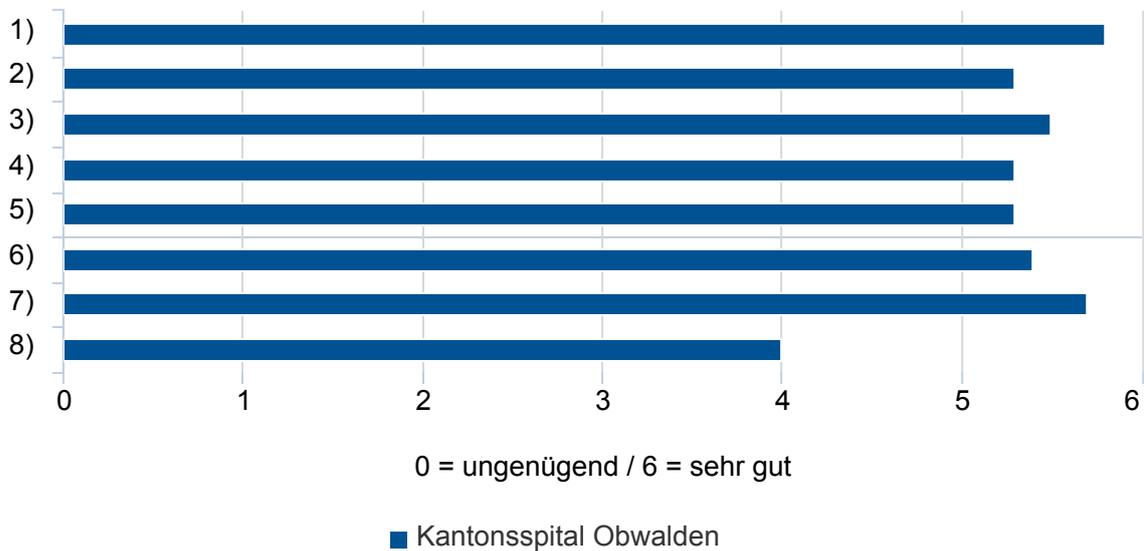
Klinik Chirurgie

Die Befragung wurde unter allen Assistenzärzten der Klinik Chirurgie durchgeführt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Obwalden	5.80	5.30	5.50	5.30	5.30

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)		
Kantonsspital Obwalden	5.40	5.70	4.00	4	80.00 %

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIWF
Methode / Instrument	Assistenzarztbeurteilung

17.1.3 Assistenzarztzufriedenheit Gynäkologie

Allgemeines

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

Messhäufigkeit

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Klinik Gynäkologie

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIWF
Methode / Instrument	Assistenzarztbeurteilung

17.1.4 Assistenzarztzufriedenheit Orthopädie

Allgemeines

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

Messhäufigkeit

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Klinik Orthopädie

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIWF
Methode / Instrument	Assistenzarztbeurteilung

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Geriatrische Akutrehabilitation

Ausgangslage

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

Projektart

Entwicklungsprojekt

Projektziel

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

Involvierte Berufsgruppen

- Ärzte, Pflege, Patientenadministration

Projektdauer

29.11.2018 bis 31.12.2023

18.1.2 Peer review nach IQM

Ausgangslage

Das interdisziplinäre Peer-Review ist ein akzeptiertes Mittel zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Die IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V. ist ein in Deutschland und der Schweiz weit verbreitete Methodik zur Revision von Behandlungsfällen im Peer-Review-System.

Projektart

Entwicklungsprojekt

Projektziel

Das KSOW führt als Mitglied der IQM periodisch Peer-Reviews durch.

Involvierte Berufsgruppen

- Ärzte, Pflege

Projektdauer

Das Projekt wird per 2023 neu organisiert.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Zeuginssprozess

Damit das Erscheinungsbild eines Arbeitszeugnisses des Kantonsspital Obwalden gewährleistet, die Fehlerquote reduziert und die Effizienz gesteigert werden kann, wurde ein automatisches und digitales Erstellen des Arbeitszeugnisses aufgrund von Textbausteinen eingeführt

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung DGU

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

Vorteile einer DGU Zertifizierung als lokales Traumazentrum

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

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

Nutzen einer Zertifizierung als lokales Traumazentrum

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

Projekttablauf

- Audit zur Re-Zertifizierung im 2022

Im Projekt involvierte Organisationseinheiten

- Notfall
- Chirurgie
- Anästhesie
- Rettungsdienst

19 Schlusswort und Ausblick

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

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

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

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

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

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.