

Qualitätsbericht

Akutsomatik, Berichtsperiode 2008

Kantonsspital Nidwalden
Ennetmooserstrasse 19
CH-6370 Stans
TEL +41 41 618 18 18
info@ksnw.ch
www.ksnw.ch

Nach den Vorgaben von



1. Inhaltsverzeichnis

1.	Inhaltsverzeichnis	2
2.	Einleitung	3
3.	Q-Organisation des Spitals im Überblick	4
3.1	Kontaktangaben	4
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	4
3.4	Organigramm des Kantonsspitals Nidwalden	5
3.5	Qualitätsinstrumente	6
4.	Kennzahlen	7
4.1	Versorgungsstufe	7
4.2	Personalressourcen	7
4.3	Fallzahlen	7
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	8
4.5	Top-Ten Diagnose stationär	8
4.6	Top-Ten Eingriffe	8
4.7	Altersstatistik	9
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	10
4.9	Mortalitätszahlen	10
4.9.1	Mortalitätszahlen BAG/Helios	10
4.9.2	Umgang mit Todesfällen im Spital	10
5.	Zufriedenheitsmessungen	12
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	12
5.2	Patientenzufriedenheit MECON Fragebogen	12
5.2.1	Gesamtzufriedenheit	13
5.2.2	Detaillierter Ausweis	13
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	14
5.4	Zuweiserzufriedenheit	14
6.	Qualitätsindikatoren	15
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	15
6.1.1	Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape	15
6.1.2	Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation	15
6.2	Infektionen	15
6.2.1	Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ	15
6.2.2	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	15
6.2.3	Präventionsmassnahmen	16
6.3	Komplikationen	16
6.3.1	Beteiligung an Messprogrammen	16
6.3.2	Präventionsmassnahmen	16
6.4	Pflegeindikator «Stürze»	17
6.4.1	Beteiligung an Messprogrammen	17
6.4.2	Präventionsmassnahmen	17
6.5	Pflegeindikator «Dekubitus» (Wundliegen)	18
6.5.1	Beteiligung an anderen Messprogrammen	18
6.5.2	Präventionsmassnahmen	18
6.6	Weitere erhobene/gemessene Qualitätsindikatoren	18
7.	Qualitätsaktivitäten	20
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	20
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	20
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	22
8.	Schlusswort und Ausblick	23
9.	Ausgewählte Qualitätsprojekte	24

2. Einleitung

Das Kantonsspital Nidwalden ist ein modernes 110-Betten Akutspital, beschäftigt rund 420 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.

Das Kantonsspital Nidwalden hat sich bereits 1995 entschieden, seine Qualitätssicherung nach den Vorgaben der VQG (Vereinigung für Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen, die heutige Stiftung sanaCERT Suisse) durchzuführen. Im Jahr 2000 konnte das erste Akkreditierungsgespräch durchgeführt werden. Das zweite Gespräch fand zwei Jahre später statt.

Ab 2003 wurde zunehmend der in Europa mittlerweile weit etablierte EFQM-Gedanke im Kantonsspital Nidwalden gefördert und geschult. Das EFQM-Modell (EFQM = European Foundation for Quality Management) bietet die ganzheitliche Beurteilung der Qualität eines Unternehmens und unterstützt die Entwicklung des Spitals in Richtung Excellence. Die erste Selbstbewertung fand in Zusammenarbeit mit einem externen Berater im Herbst 2005 statt. Am 23.11.2006 erreichte das Kantonsspital Nidwalden in einem Fremd-Assessment die erste Stufe „Verpflichtung zu Excellence“ der EFQM-Pyramide (Qualitätszertifizierung).

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.

3. Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Anja RADOJEWSKI	041 618 10 02	anja.radojewski@ksnw.ch	Leiterin Qualitätsmanagement

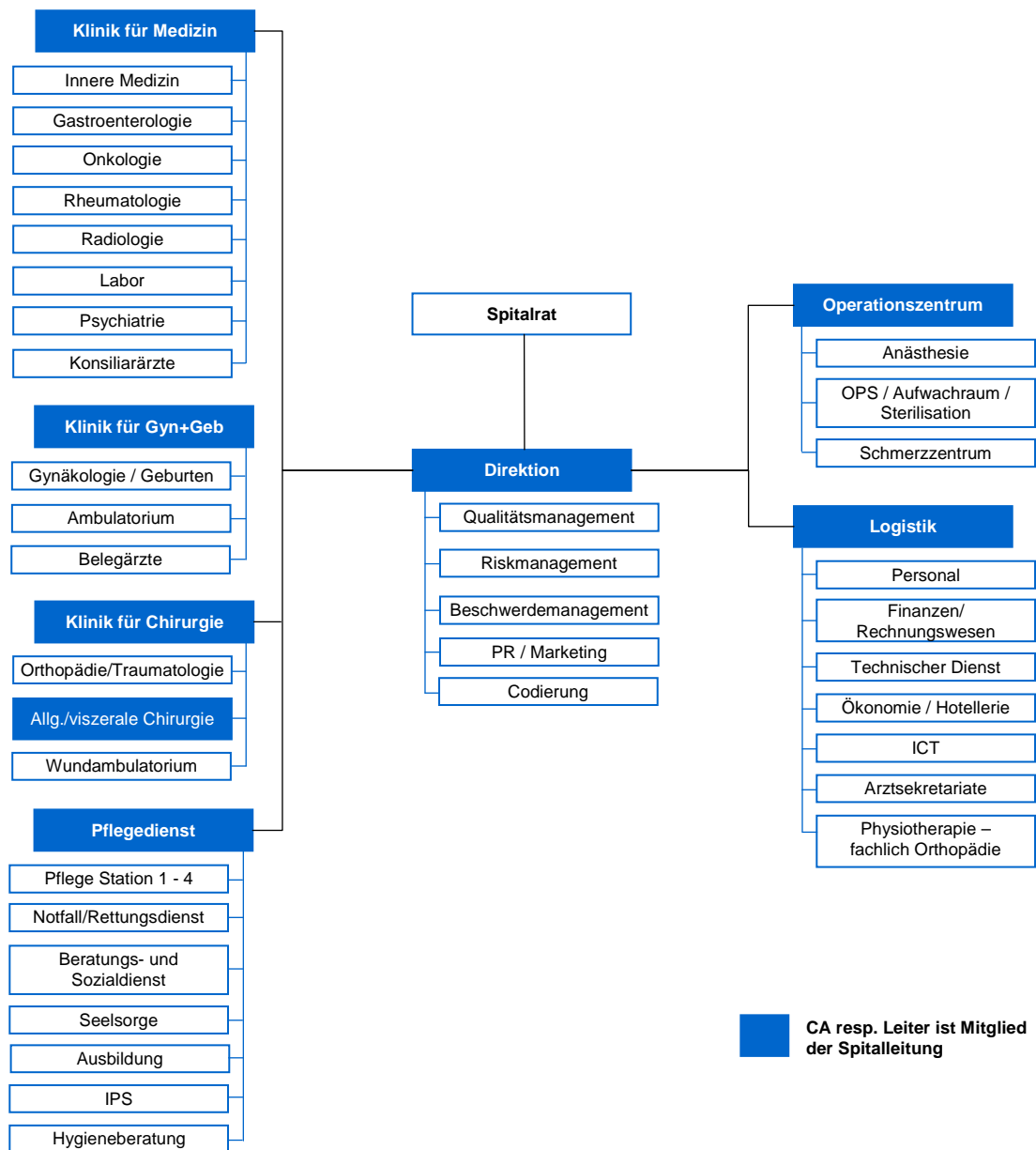
3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Dr. Anja RADOJEWSKI	041 618 10 02	anja.radojewski@ksnw.ch	Leiterin Qualitätsmanagement	50%
Brigitte SCHALK	041 618 19 62	brigitte.schalk@ksnw.ch	Hygienebeauftragte	50%
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	Co-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. Anästhesie- pfleger, CIRS- Verantwortlicher	
Yvonne GOOD	041 618 10 34	yvonne.good@ksnw.ch	Stv. Leitung Pflegedienst, CIRS- Verantwortliche	

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle direkt dem Direktor unterstellt.

3.4 Organigramm Kantonsspital Nidwalden



3.5 Qualitätsinstrumente

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
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
Messung Wartezeiten Notfallstation	Niklaus von Rotz Dr. Anja Radojewski
Stationäre MECON-Patientenbefragungen	Dr. Anja Radojewski
Ambulante Patientenbefragungen	Dr. Anja Radojewski
Beschwerdemanagement ambulant und stationär	Dr. Anja Radojewski
Messung Zuweiserzufriedenheit	Dr. med. Daniel Wegmann
Messung Mitarbeiterzufriedenheit nach MECON	Dr. Anja Radojewski
Komplikationenliste der SGIM	Dr. med. Daniel Wegmann

4. Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen

4.2 Personalressourcen

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	2008	
Personalbestand	407	
Ärzte	32.6	
Pflegedienstleitung	9.2	
Pflegeabteilungen	115.7	
OPZ-Operationszentrum	32.7	
Medizinisch-technischer Bereich	34.6	
Ökonomie	47.7	
Direktion und Logistik	20.9	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	35.0	
Total Anzahl Vollzeitstellen	328.3	

4.3 Fallzahlen

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen
	Alter	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	
Medizin		23	586	753			
Chirurgie / Orthopädie		143	1'272	557			
Gyn + Geb		367	629	45			Inkl. Säuglinge
Gesamt		533	2'487	1'355			

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	29'596	Stationär
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.65	Stationär
Geburten (stationär und ambulant)	394	
Operationen stationär		
Operationen ambulant und teilstationär		

4.5 Top-Ten Diagnose stationär

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	250	5.71%	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
2	146	3.34%	O80.0	Spontangeburt aus Schädellage
3	74	1.69%	S06.0	Gehirnerschütterung
4	61	1.39%	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän
5	56	1.28%	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess
6	49	1.12%	Z47.0	Entfernung einer Metallplatte oder einem anderen inneren Fixationsvorrichtung
7	48	1.10%	K35.9	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet
8	44	1.01%	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung
9	40	0.91%	R55	Synkope und Kollaps
10	38	0.87%	R07.3	Sonstige Brustschmerzen

4.6 Top-Ten Eingriffe

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	134	3.1	74.1	Tiefe Zervikale Sectio Cesarea
2	84	1.9	81.51	Totalendoprothese des Hüftgelenks
3	77	1.8	79.36	Offene Reposition einer Fraktur an Tibia und Fibula mit innerer Knochenfixation

4	69	1.6	80.6	Menishektomie am Knie
5	68	1.6	51.23	Laparoskopische Cholezystektomie
6	53	1.2	81.45	Sonstige Rekonstruktion an den Kreuzbändern
7	51	1.2	47.01	Laparoskopische Appendektomie
8	47	1.1	38.59	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität
9	46	1.1	81.54	Totalendoprothese des Kniegelenks
10	45	1.0	79.31	Offene Reposition einer Humerusfraktur mit innerer Knochenfixation

4.7 Altersstatistik

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung (inkl. Säuglinge)

Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	183	182
2	2 bis 4	2	3
3	5 bis 9	13	14
4	10 bis 14	30	23
5	15 bis 19	90	79
6	20 bis 24	92	99
7	25 bis 29	82	187
8	30 bis 34	87	250
9	35 bis 39	78	165
10	40 bis 44	111	104
11	45 bis 49	121	128
12	50 bis 54	141	149
13	55 bis 59	131	116
14	60 bis 64	184	123
15	65 bis 69	148	122
16	70 bis 74	161	141
17	75 bis 79	160	177
18	80 bis 84	117	169
19	85 bis 89	49	97
20	90 bis 94	17	37
21	95 und älter	2	11
Gesamt		1'999	2'376

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektivs

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0.827
Definition des Case-Mix-Index	Casemix / Anzahl stationärer Fälle
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	2'271	
Notfälle ambulant und teilstationär	3'096	ambulant
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt		SGI Anerkennung angestrebt
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt		
Verlegungen in ein anderes Spital	127	
Austritte nach Hause	3'752	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	496	

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios

4.9.2 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)
	Palliative Care Konzept <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitere spezifisch angepasste Konzepte z.B. in der Gyni+Geburtshilfe vorhanden ▪ Palliative Betten ▪ Sterbebegleitung ▪ Verfügungen ▪ Angehörigenbetreuung ▪ Seelsorge

	<p>Für die Verabschiedung steht den mit den Verstorbenen verbundenen Personen ein Aufbahrungsraum zur Verfügung.</p> <p>Fort-/Weiterbildungen 2-jährliche Weiterbildung über palliative Betreuung im Haus. Vorstellung des Konzeptes, Vorgehen bei pall. Patienten bez. Besprechung der Massnahmen, Wünsche etc. unter Anwesenheit der Angehörigen und des Patienten.</p> <p>Langfristiges Ziel Zusammenarbeit mit der Spitex</p>
--	---

5. Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ-Fragebogen

Das Kantonsspital Nidwalden hat keine Patientenzufriedenheitswerte mit dem PEQ-Kurzfragebogen gemessen.

5.2 Patientenzufriedenheit Mecon-Fragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON measure and consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Schriftliche Patientenbefragung (nach stationärem Aufenthalt)	Standardisierter Fragebogen zur Messung der Patienten-UNzufriedenheit	2008	halbjährlich	2'641 versendete Fragebögen Rücklauf 54.5% (Durchschnitt Vergleichsspitäler: 49.2%)

Die MECON measure & consult GmbH ist ein führendes Unternehmen im Bereich Zufriedenheitsmessungen und Auswertungen für das Gesundheitswesen. Das Kantonsspital Nidwalden nimmt kontinuierlich halbjährliche Messungen der Patientenzufriedenheit vor.

Die 32 Fragen des Patientenfragebogens sind zu 15 Kriterien gruppiert. Diese wiederum werden in die 5 Bereiche Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie und Öffentliche Infrastruktur zusammengefasst.

Dargestellt ist der **Unzufriedenheits-Index**

also:

0 = max. Zufriedenheit

100 = max. Unzufriedenheit

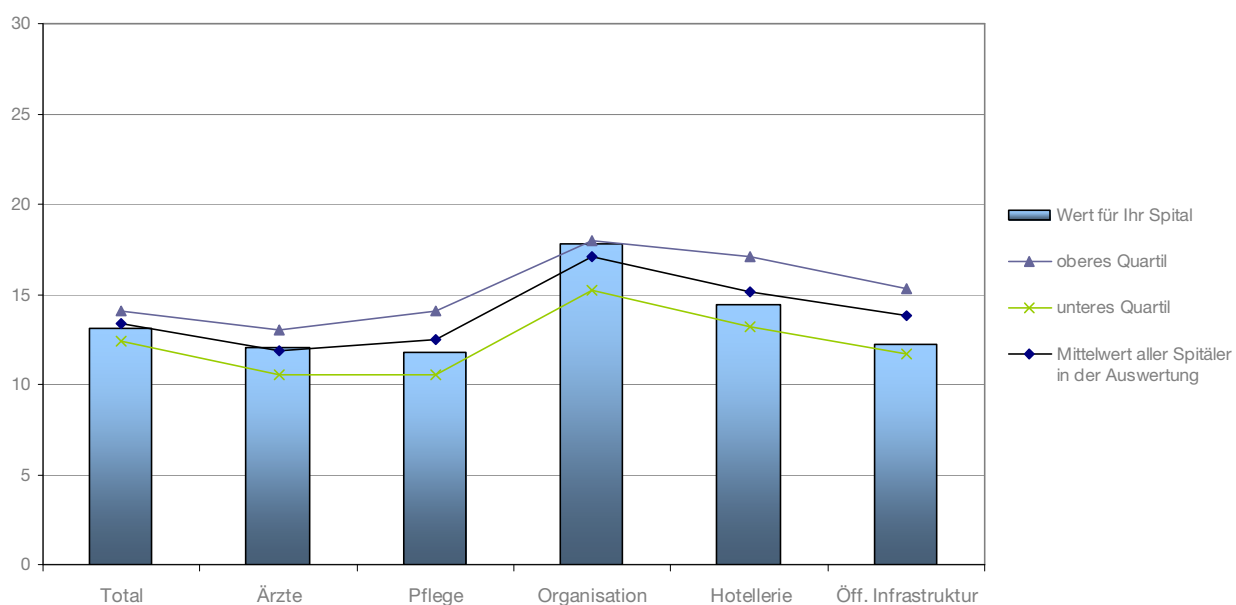
Je kleiner der Unzufriedenheitswert ist, desto grösser die Patientenzufriedenheit.

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte	12.0	= 88.0% Patientenzufriedenheit
Pflege	11.8	= 88.2% Patientenzufriedenheit
Organisation	17.8	= 82.2% Patientenzufriedenheit
Hotellerie	14.4	= 85.6% Patientenzufriedenheit
Öffentliche Infrastruktur	12.2	= 87.8% Patientenzufriedenheit

5.2.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Bekannten Weiterempfehlen?	Ja, auf jeden Fall	79.6
	Ja, wahrscheinlich	18.9
	Nein, eher nicht	1.4

5.2.2 Detaillierter Ausweis



	Total	Ärzte	Pflege	Organisation	Hotellerie	Öffentliche Infrastruktur
Wert für Ihr Spital	13.1	12.0	11.8	17.8	14.4	12.2
Mittelwert aller Spitäler in der Auswertung	13.4	11.9	12.5	17.1	15.1	13.8
oberes Quartil	14.1	13.0	14.1	18.0	17.1	15.3
unteres Quartil	12.4	10.5	10.5	15.2	13.2	11.7
Vertrauensintervall (90 %) + / -	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5
Standardabweichung	10.3	13.9	14.0	14.0	13.6	12.2
Anzahl Angaben (für Ihr Spital)	1'407	1'404	1'405	1'406	1'400	1'392

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON measure and consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Schriftliche Mitarbeiterbefragung	Vollerhebung mit Standardfragebogen	Okt. 2008	alle 2 Jahre	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	80%	Eher bis sehr zufrieden (20% Mittlere Zufriedenheit / 0% sehr unzufrieden)
Pflege	70.2%	Eher bis sehr zufrieden (20.7% Mittlere Zufriedenheit / 9.1% eher unzufrieden/ 0% sehr unzufrieden)
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	90.9%	Eher bis sehr zufrieden (9.1% Mittlere Zufriedenheit / 0% sehr unzufrieden)
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	80%	Eher bis sehr zufrieden (15% Mittlere Zufriedenheit / 5% eher unzufrieden/ 0% sehr unzufrieden)
Gesamtinstitution	75.9%	Eher bis sehr zufrieden (17.8% Mittlere Zufriedenheit / 6.3% eher unzufrieden/ 0% sehr unzufrieden)
Kommentar		
Im Vergleich mit 30 anderen mittelgrossen Akutspitälern liegt die Mitarbeiterzufriedenheit im Kantonsspital Nidwalden mit 75.9% weit über dem Durchschnitt, der bei 65.8% liegt. Es gibt keine absolute Unzufriedenheit (0%) im Gegensatz zum Durchschnitt der Vergleichsspitäler (3.5%).		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Der Kontakt mit den Hausärzten hat sich im 2008 erfreulich weiterentwickelt. Gemeinsam mit den Hausärzten wurden die Bedürfnisse für ein Notfallmanagement im Kanton erhoben.

Eine Zuweiserbefragung wird in 2009 durchgeführt.

6. Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisationen (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert				

Resultate
Kommentar

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach SwissNoso

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligte sich 2008 nicht am Messprogramm von SwissNoso Die Einführung von SwissNOSO startet jedoch ab 2010 mit folgenden Messungen: <ul style="list-style-type: none"> - Kolonchirurgie - Hüftgelenksprothesen - Kniegelenksprothesen
-------------------------------------	--

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
-------------------------------------	---

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmässig tagende Hygienekommission - Vorschriften zur Händedesinfektion - MRSA Messung Februar/März 2008 - Beobachtung der Händehygiene Compliance Mai 2008 - Berechnung des Verbrauchs von Händedesinfektionsmittel per Semester nach SwissNoso - Weiterbildungsmassnahme MRSA, dadurch wenig MRSA-Fälle und keine bekannten Übertragungen

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen
	Begriffsdefinition „Komplikation“

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
AMIS plus	<input checked="" type="checkbox"/> validiert	AMIS Plus Acute myocardinfarkt in Switzerland Schweizer Herzinfarktregister	2008	Laufende Messung	
ASF Statistik Frauenklinik	<input checked="" type="checkbox"/> validiert	Sevisa AG	2008	Laufende Messung	
Notfallaufnahme	<input checked="" type="checkbox"/> intern	Messung der Aufenthaltszeiten der Patienten	2008	Periodische Messung	

Resultate
Kommentar

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	Spitalübergreifender Einsatz des St. Galler CIRS-Konzeptes (Critical Incident Reporting System). Die Einleitung von vorbeugenden Verbesserungsmassnahmen ist Bestandteil des Konzeptes.

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“	Jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unfreiwillig und/oder unkontrolliert zu Boden oder auf eine tiefere Ebene sinkt oder fällt. (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Heft Nr. 2, Februar 2008)

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	das Sturzereignis wird von den Pflegenden gemeldet	2008	Jährlich, fortlaufend	2009 Umstellung von interner Entwicklung auf Netrange

Resultate

Sturzrate pro 1'000 Pflage tage: 3.8

Kommentar

90% der Stürze ereigneten sich ohne Beisein einer Pflegeperson, was daraufhin deutet, dass die Patienten ihr Sturzrisiko unterschätzen, d.h. sich zu sicher fühlen

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Die gefährdeten Patienten werden mit dem Sturzrisikoassessment ermittelt. Die Massnahmen erfolgen individuell gemäss dem Sturzkzept. 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.

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Dekubitusstadien gemäss EPUAP werden erfasst und mittels Formular an Pflegeexpertin gemeldet	2008	fortlaufend	keine Prävalenzerhebung durchgeführt

Resultate

0,40% (Inzidenz)

Kommentar

Spannungsblasen (gemäss EPUAP Grad II) wurden zwar erfasst aber nicht in das Resultat einbezogen, das sie nicht durch "Wundliegen" entstehen.

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Risikopatienten werden mit Bradenskala erfasst. Die Präventionsmassnahmen entsprechen den Vorgaben des Qualitätsstandards basierend auf dem Expertenstandard des deutschen Netzwerks für Q-Entwicklung Pflege.

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Sevisa AG		Laufende Messung	

Resultate

Kommentar

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
AMIS plus	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	AMIS Plus Acute myocardinfarct in Switzerland Schweizer Herzinfarktregister		Laufende Messung	

Resultate

Kommentar

Im Rahmen des Projektes Quazentral werden die Ergebnisse der Messung ratifiziert. Gleichzeitig ist ein Benchmark zwischen den teilnehmenden Spitälern möglich

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Quazentral	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Quazentral		Laufende Messung	

Resultate

Die am Projekt Quazentral beteiligten Spitäler der Zentralschweiz (alle öffentlichen und privaten Spitäler der Kantone Luzern, Uri, Zug, Ob- und Nidwalden) geben ihre Daten in eine gemeinsame Datenbank zum Vergleich. Diese werden mittels der Methoden CUSUM (Prozesskontrolle), Bootstrapping (empirische Vergleichsmöglichkeit von Daten auch bei geringen Fallzahlen) sowie einer Risikoadjustierung miteinander verglichen. Mögliche Abweichungen von der Norm können so herausgefunden werden und zu Qualitatssicherungsprojekten der betreffenden Spitäler führen.

Kommentar

Quazentral ist ein Qualitatssicherungsprojekt der Zentralschweiz, an dem alle Innerschweizer Privat- und die öffentlichen Spitäler der Kantone Luzern, Uri, Zug, Ob- und Nidwalden teilnehmen. Das Projekt wird von den Kantonen der beteiligten Spitäler sowie den Krankenkassen mitgetragen. Im Projekt Quazentral werden Routine- und Registerdaten von ausgesuchten Indikationen (Herzinfarkt und Geburtshilfe) der genannten Spitäler gesammelt und miteinander verglichen. Ziel des Projektes ist, gemeinsam fundierte Outcome-Messungen zu entwickeln, die die Qualitätsaktivitäten der Spitäler unterstützen.

7. Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder Übersicht angewendete Normen / Standards

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
KSNW	EFQM	2006 Verpflichtung zu Excellence		Verwaltung, Ärztsekretariate
Zentrale Sterilgut- versorgungsabteilung	ISO 9001:2000	In Planung		

7.2 Übersicht laufender Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
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® Hämovigilanz	Erfassung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten (z.B. med. Geräte, med. Verbrauchsmaterial)	laufend
KSNW	Sturzmeldungen	Stürze im Spital vermeiden, Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	2009 Umstellung von interner Entwicklung auf Netrange
KSNW	Fortlaufende Patienten- befragungen nach Austritt	Patientenzufriedenheit, Resultate als Grundlage für Massnahmen und Projekte	laufend
KSNW	Beschwerdemanagement	Patientenzufriedenheit, Verbesserungspotential	laufend
Kardiale Rehabilitation	Fortlaufende Patienten- befragung nach Abschluss der Rehabilitation	Patientenzufriedenheit, Verbesserungspotential	laufend
Ernährungsberatung/Küche	Aktualisierung Diabeteskostform	Mediterrane Ernährung und Diabetekost in einem Menü verbinden nach aktuellen	laufend

		evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen	
Chirurgie	Präoperatives Ernährungskonzept	Präoperative Erfassung des Ernährungszustandes und falls notwendig, 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 und Deklaration im Austrittsbericht	laufend
KSNW	Gründung des Ernährungsteam	Interdisziplinäre Besprechung von Ernährungsproblemen (Ernährungsberatung, Pflege, Arzt, Apotheke, Küche)	Umgesetzt, jährlich 2 Treffen
KSNW	Einführung Preiselbeersaft zur ergänzenden Therapie bei Harnwegsinfekten	Harnwegsinfekte therapieren	laufend
KSNW	Einführungsprogramm für neue Mitarbeitende	Einheitliche Einführung der Mitarbeiter in das Spital, Mitarbeiterzufriedenheit	Quartalsweise
KSNW	Risikopatienten laufend erfassen	Dekubitus vermeiden	laufend
Orthopädie	Seitenmarkierung der Extremitäten	Verhinderung von Falschseiteneingriffen in der Orthopädie	laufend
Alle Kliniken	FA-Operateur-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 12 Jahren laufend, Quartals- und Jahresberichte (ca. 30 Spitäler)

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtes Kader	Führungsschulung: „Fokus Führung“	Grundlage für menschen-orientierte Führung im KSNW aufbauen. Förderung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden, Identifikation mit dem Spital, kurze Entscheidungswege auf operativer Ebene. Motivation der Mitarbeitenden unterstützen.	2007-2009
Ganzes Spital ausser Kader	Kundenorientierte Kommunikation in drei Teilen: Kommunikation / Motivation / Konflikte	Optimierte Kundenorientierung, Patientenzufriedenheit	2007-2009
Personalabteilung	Überarbeiten des Konzepts „Einführung für neue Mitarbeitende“	Den Mitarbeitenden die Vision, Werte und Strategie des Spitals sowie allgemeine Grundlagen zur Arbeit im Spital kommunizieren. Förderung der Mitarbeiteridentifikation und -zufriedenheit	2008
Ernährungsberatung/Ärzte	Leitfaden für Ärzte erstellen, um Hilfe zu bieten, bei welchen Diagnosen welche Kostformen verordnet werden sollen	Patienten die auf ihre Diagnose notwendige Kostform zu verhelfen Arbeit der Ärzte erleichtern	ab 2008
Ernährungsberatung/Küche	Schulung Küche zum Thema Mangelernährung	Küche Wichtigkeit ihrer Arbeit aufzeigen	2008
Ernährungsberatung/Pflege	Schulung Pflegepersonal zu Grundlagen bei der Beratung von Patienten bei der Menüaufnahme	Patientenzentrierte Menüaufnahme erreichen	2008
Zentralsterilisation	Aufbau Qualitätsmanagement-Handbuch nach ISO 9001:2000	Zertifizierung	2008-2009
Pflegedienst	Kinästhetic-Konzept, Schulung Pflegepersonal, fortlaufende Workshops	Schonende Bewegung von Patienten und Personal	laufend
Wundambulatorium	Wundbehandlungskonzept durch Spezialisten umgesetzt	Wundbehandlung evidenzbasiert	2008-laufend
Pflegedienst	Ausarbeitung und Aktualisierung von Pflegeleitlinien	Standardisierung von prä-intra- und postoperativen Patientenprozessen.	2008-2009

→ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8. Schlusswort und Ausblick

Qualität gilt als Synonym für Güte, oft ist daher von „guter“ oder „schlechter“ Qualität die Rede. Qualität im Spital gibt den Wert und die Güte der Dienstleistung des Spitals an. Unabhängig von der aktuellen Diskussion über mögliche Qualitätsmerkmale, Qualitätsmessungen und Qualitätsindikatoren der Schweizer Spitäler darf Qualität im Spital kein Zufall sein, denn jeder Patient hat Anspruch auf eine optimale medizinische, pflegerische und Service-Versorgung und das an jedem Tag – rund um die Uhr.

Das Qualitätsmanagement im Spital Stans dient der Verbesserung aller organisierten Maßnahmen, die zur Optimierung der Qualität unserer täglichen Routine, Abläufe (Prozesse) und Leistungen dienen. Wir orientieren uns an den Bedürfnissen der Patienten. Sie stehen bei uns im Mittelpunkt.

Der Qualitätsbericht von H⁺ gibt dem Kantonsspital Nidwalden die Gelegenheit, einen Einblick in seine vielfältigen Qualitätsanstrengungen, die sonst im Hintergrund laufen, zu geben. Sie werden so transparent.

Sämtliche, seit 1995 erbrachten Qualitätsmassnahmen dienen der Patientensicherheit und der Patientenzufriedenheit. Die laufenden Patientenbefragungen helfen uns dabei als Anreiz zur ständigen Optimierung unserer Qualität. Als Bestätigung unserer Anstrengungen freuen wir uns daher, dass wir in der Patientenzufriedenheit gemäss MECON zu den besten 25% der Schweizer Spitäler gehören und auch im Comparis-Vergleich sehr gut abschneiden.

Nur wenn unsere Patientinnen und Patienten mit unserer Leistung und unserer Qualität zufrieden sind, können wir es auch sein. Und so setzen wir uns ein für Rückmeldungen wie diese:

„Ich erspare mir das Ausfüllen des Fragebogens. Nur so viel: Ich wurde als Notfall eingeliefert und von Beginn weg professionell betreut während einer Woche. Pflege und Behandlung von A – Z vorzüglich, vorbildlich. Das Essen gut bis sehr gut, schön angerichtet. Ich bin vom Spital positiv überrascht. Danke.“

9. Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Kundenorientierte Kommunikation	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Optimierte Kundenorientierung, Patientenzufriedenheit	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Es ist eine hohe emotionale und kommunikative Anforderung, mit „schwierigen“ Kunden konstruktiv umzugehen. Die Mitarbeitenden erhalten einfache anwendbare „Werkzeuge“ im Umgang mit sich selbst und im Umgang mit dem Gegenüber.	
Projekttablauf / Methodik	Die Weiterbildungen finden in 1-Tages-Seminaren in einem Schulungsraum des Spitals statt. Das gesamte Personal (ohne Kader) durchläuft im Abstand von ca. 6 Monaten den Seminartag 1 und 2. Die Mitarbeitenden mit Kundenkontakt zusätzlich den 3. Tag. Pro Gruppe nehmen ca. 15 Teilnehmer/innen teil.	
Projektergebnisse	Bewusstsein für die Wirkung des kommunikativen Umgangs mit der Kundschaft im gesamten Betrieb, aktives Einsetzen von Kommunikationswerkzeugen in der Berufspraxis, verbesserte Motivation, gutes Konfliktmanagement	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Arztpersonal, Pflegepersonal, Verwaltungspersonal, Personal aus Hausdienst und Küche mit Ausnahme des Kaderpersonals	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Messbare Verbesserung der Kundenzufriedenheit durch externe Patientenzufriedenheitsbefragung.	
Weiterführende Unterlagen	Schulungsunterlagen Teil 1-3 im Intranet für alle Mitarbeitenden offen.	

Projekttitlel	Konzept Mangelernährung	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Erfassung der Mangelernährung bei Eintritt, frühe Einleitung Ernährungstherapie zur Optimierung des Ernährungszustandes, Reduktion von Komplikationen, Deklaration im Austrittsbericht und Codierung.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Laut Studien, die in CH-Spitalern durchgeführt wurden, auch im Kantonsspital Nidwalden sind 18 % der Spitalpatienten bei Eintritt mangelernährt. Der Spitalaufenthalt ist ein weiterer Risikofaktor, dass Patienten mangelernährt werden (Appetitlosigkeit, Medikamente, Nüchternphasen wegen Operationen, Untersuchungen). Durch eine konsequentere frühzeitige Erfassung des Ernährungszustandes und frühzeitigere Einleitung einer Ernährungstherapie können beim Patienten Komplikationen reduziert, die Spitalaufenthaltsdauer verkürzt, sowie der Pflegeaufwand und die Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Durch den Vermerk der Mangelernährung im Austrittsbericht an die Hausärzte sind diese sensibilisierter auf das Thema.	
Projekttablauf / Methodik	Erfassung der Mangelernährung bei Eintritt, frühe Einleitung Ernährungstherapie, Deklaration im Austrittsbericht und Codierung.	
Projektergebnisse	Start in 2008. Ergebnisse ab 2009.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Ernährungsberatung, Kodierer	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Messbare Verbesserung des Ernährungszustandes der Patienten. Kürzere Spitalaufenthaltsdauer. Wenige Komplikationen. Kontrolle der Austrittsberichte durch Ernährungsberatung im INES. Laufende Rückmeldungen von Kodierer über Stand. Regelmässige Besprechungen des Projektes an Ernährungsteamsitzungen.	