

Qualitätsbericht

Akutsomatik, Berichtsperiode 2009

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

Nach den Vorgaben von



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	4
	B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	6
	B6 Angaben zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	8
	C1 Kennzahlen Akutsomatik	8
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	9
	D1 Zufriedenheitsmessungen	9
	D1-1 Patientenzufriedenheit	9
	D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit	11
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	12
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	13
	D2 ANQ-Indikatoren	14
	D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	14
	D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	14
	D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	15
	D3 Weitere Qualitätsindikatoren	16
	D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	16
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	17
	E1 Pflegeindikatoren	17
	E1-1 Stürze	17
	E1-2 Dekubitus (Wundliegen)	17
F	Verbesserungsaktivitäten	18
	F1 Zertifizierung und angewendete Normen / Standard	18
	F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	18
	F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	21
	F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte	22
G	Schlusswort und Ausblick	23

A 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.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Gesundheitswesen und insbesondere die Spitallandschaft befinden sich in einem Wandel. Die Preise, Dienstleistungen sowie die Qualität sollen wesentlich besser unter den verschiedenen Anbietern vergleichbar sein. Diese Transparenz ist notwendig und wichtig.

Auf diesen Wandel, und um der Bevölkerung von Nidwalden und der Gemeinde Engelberg auch in der Zukunft weiterhin eine wohnortnahe, herzliche, individuelle und professionelle Gesundheitsversorgung anbieten zu können, hat das Kantonsspital Nidwalden im 2009 mit der Entwicklung eines innovativen und einzigartigen Führungskonzepts reagiert. Die Vision des von Spitalrat und Spitalleitung gemeinsam erarbeiteten Führungskonzepts „In 5-10 Jahren werden wir als eines der erfolgreichsten Schweizer Spitäler wahrgenommen“ prägt die strategischen Ziele des Spitals auf langfristige Sicht. Das Führungskonzept ist im Spital bei allen Mitarbeitenden präsent und wird neuen Mitarbeitenden am Einführungstag erläutert.

Qualitätsmanagement und Qualitätsstrategie sind wesentliche Bestandteile dieses Führungskonzeptes und stellen eine der Grundlagen für den langfristigen Erfolg des Spitals dar.

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

- *Schulung Kundenorientierung Mitarbeiter 2007-2009.*
- *Einführung der Pflegediagnosen nach NANDA zur Vorbereitung der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation im 2010.*
- *Patientenbefragung der ambulanten Physiotherapiepatienten und der kardialen Rehabilitationspatienten.*

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- *Schulung Kundenorientierung Mitarbeiter im 2009 abgeschlossen. Sämtliche Mitarbeitenden des Spitals mit Ausnahme des Kaders schlossen eine dreiteilige Schulung in den Bereichen Kundenorientierte Kommunikation, Motivation und Konflikte erfolgreich ab.*
- *Erfolgreicher Abschluss der Fokus-Führung-Schulung des Kaders. Die Schulung bildet eine der Grundlagen für die menschenorientierte Führung im Spital.*
- *Die Pflegediagnosen nach NANDA wurden erfolgreich im Spital eingeführt.*
- *Die Meldeportale[®] Sturz, Hämovigilanz (Meldesystem für unerwünschte Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten), Pharmakovigilanz (Meldesystem für unerwünschte Arzneimittelwirkungen) und Materiovigilanz (Meldesystem für Vorkommnisse mit Medizinprodukten) wurden erfolgreich im ganzen Spital eingeführt.*
- *Messungen wurden gemäss Vorgaben durchgeführt.*

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

*Das Kantonsspital Nidwalden strebt für die nächsten Jahre eine Optimierung der Abläufe und Strukturen im **Behandlungs- und Prozessmanagement** an, sowie eine Zertifizierung gemäss den Qualitätsstandards der Stiftung **sanaCERT** Suisse.*

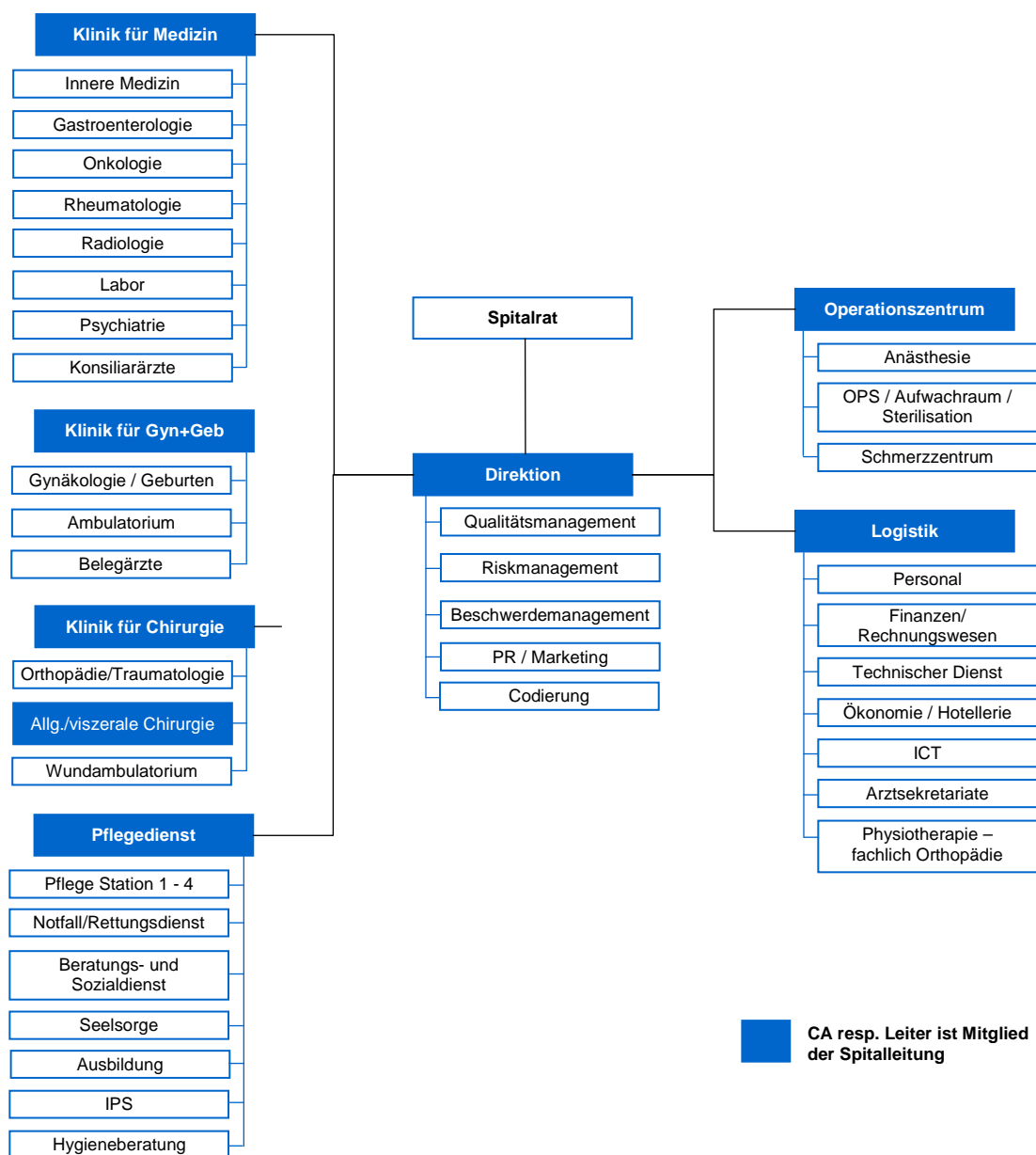
*Ab 2010 wird ein **Implantateregister** in der Orthopädie eingeführt.*

*Mit dem Projekt **LUNIS**, der Luzerner-Nidwaldner-Spitalregion, planen die Kantone Luzern und Nidwalden ab 2012 eine gemeinsame Spitalversorgung. Der Zusammenschluss soll für beide Spitäler und nicht zuletzt für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten ein Gewinn sein.*

Die Grundlagen für das Projekt werden bis Ende 2010 in einer Projektgruppe erarbeitet. Für das Qualitätsmanagement der beiden Spitäler bedeutet der angestrebte Zusammenschluss einen Gewinn, da nun Projekte spitalübergreifend angegangen und verglichen werden können. Das Kantonsspital Nidwalden wird von dem Erfahrungsaustausch zwischen dem Zentrumsspital Luzern sowie den Spitälern Sursee und Wolhusen profitieren.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	150 Stellenprozent zur Verfügung.



B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Qualitätsinstrument	Verantwortlich
EFQM	Dr. Anja Radojewski
CIRS (anonymes Meldeportal® für kritische Zwischenfälle)	Dr. med. Charlotte Meier Buenzli, Dr. med. Christoph Knoblauch, Yvonne Good, Henner Koch
Sturz-Meldesystem (Meldeportal® von jedem Sturz mit und ohne Folgen)	Yvonne Good
Hämovigilanz (Meldeportal® für Transfusionszwischenfälle)	Dr. med. Jürgen Hein, Dr. med. Charlotte Meier Buenzli
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

C Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik

Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	12'800	Ambulante Patienteneintritte
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	35	
Anzahl stationäre Patienten	4'112	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	349	
Anzahl Pflage tage gesamt	27'805	
Bettenanzahl per 31.12.	100	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.8	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	68,7	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

D Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patientenzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt. Halbjährliche Auswertung.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

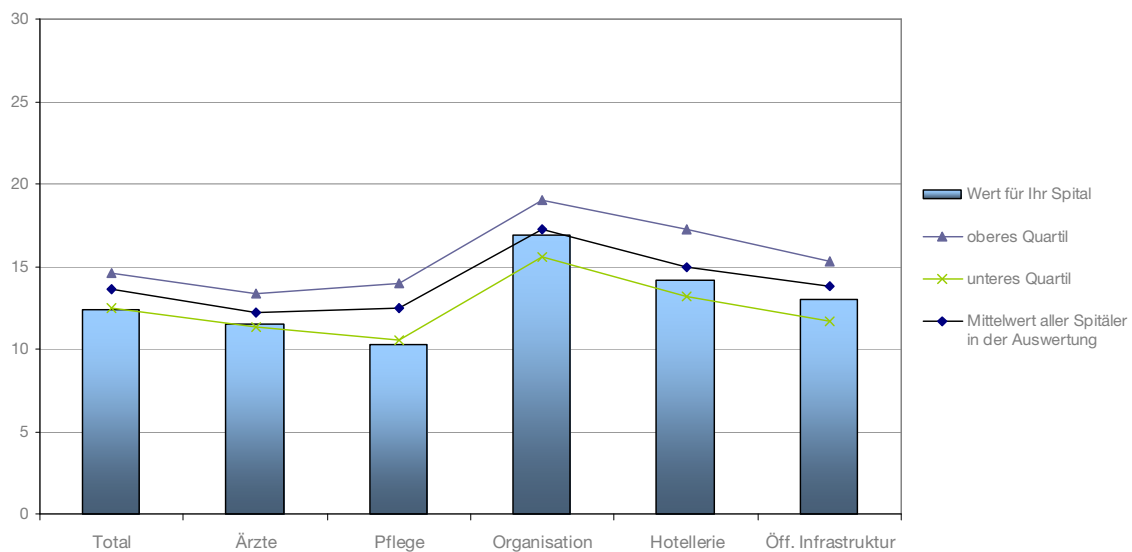
Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	87.6 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messbereiche.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	88.5 Punkte	7 Fragen, Kriterien Kompetenz, Information und Menschlichkeit
Pflege	89.7 Punkte	7 Fragen, Kriterien Kompetenz, Information und Menschlichkeit
Organisation	83.1 Punkte	7 Fragen, Kriterien Information, Koordination, Administration
Essen	86.1 Punkte	3 Fragen, Kriterien Essen (Bereich Hotellerie)
Wohnen	85.4 Punkte	3 Fragen, Kriterien Wohnen (Bereich Hotellerie)
Öffentliche Infrastruktur	87.0 Punkte	5 Fragen, Kriterien Cafeteria, Erreichbarkeit und Atmosphäre
Resultate pro Fachbereich		
Medizin	86.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Allgemeine Chirurgie	87.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Orthopädie	88.4 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Gynäkologie	88.9 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Geburten	85.3 Punkte	Gesamtzufriedenheit
Kommentar:		
Das Spital erhebt die Patientenzufriedenheit permanent bei allen ausgetretenen Patienten.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ		
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/> POC(-18)		
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument	
Einschlusskriterien	Alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt	
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt	
Rücklauf in Prozenten	55.9%	
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

Detaillierter Ausweis in Unzufriedenheitswerten

0 = max. Zufriedenheit
100 = max. Unzufriedenheit



	Total	Ärzte	Pflege	Organisation	Hotellerie	Öffentliche Infrastruktur
Wert für Ihr Spital	12.4	11.5	10.3	16.9	14.2	13
Mittelwert aller Spitäler in der Auswertung	13.6	12.2	12.5	17.3	15	13.8
oberes Quartil	14.6	13.4	14	19	17.3	15.3
unteres Quartil	12.5	11.3	10.5	15.6	13.2	11.7
Vertrauensintervall (90 %) + / -	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Standardabweichung	10.5	13.4	12.8	14.2	13.9	13.5
Anzahl Angaben (für Ihr Spital)	1448	1448	1448	1446	1439	1426

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<p>Es wurden alle 55 Praxisärzte im Kanton Nidwalden und der Gemeinde Engelberg innert 4 Monaten durch den Direktor Urs Baumberger persönlich besucht. Sämtlichen Praxisärzten wurde ein 4-seitiger Fragebogen vorgelegt. Die Ergebnisse der Befragung wurden den Praxisärzten an einem Anlass inklusive Podiumsdiskussion mit dem Gesundheitsdirektor vorgestellt. Sie bilden die Grundlage für die weitere Entwicklung der Zusammenarbeit Spital-Zuweiser Kanton.</p> <p>Dezidierte Wünsche und Anregungen der Praxisärzte wurden sofort in die Praxis umgesetzt. Über die weiteren Massnahmen werden die Praxisärzte quartalsweise mittels „Praxisärzteinfo“ orientiert.</p> <p>Die Resultate einer direkten persönlichen Befragung brachten ein ungleich besseres Ergebnis, als ein Multiple-Choice Fragebogen als Messinstrument. Daher wird die persönliche Befragung der Praxisärzte durch das Kantonsspital Nidwalden bevorzugt.</p>	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Persönliche Befragung sämtlicher Praxisärzte durch den Direktor.		
Einschlusskriterien	Praxisärzte aus Nidwalden und Engelberg		
Ausschlusskriterien	Keine		
Rücklauf in Prozenten	100%		
Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:		Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:		Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				

Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/> Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:		Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		Messbeginn hat 2010 gestartet
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		Messbeginn hat 2010 gestartet
<input checked="" type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		Messbeginn hat 2010 gestartet
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AMIS Plus Acute myocardinfarct in Switzerland	B Medizin/Kardiologie	A	A
ASF Statistik	B Gyni+Geburten	A	A
QuaZentral	B Medizin, Gyni+Geburten	B	A
Vigilancen	A Materio-, Hämo- , Pharmako-	A	B
SGIM Komplikationenliste	B Medizin	A	A
Wartezeiten	C Notfallaufnahme	C	A

Legende:

¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

E Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“				
Messung im Berichtsjahr 2009				
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				
Gemessene Abteilungen:	Alle Stationen (5)			
Ergebnis gesamt:	99	Anteil mit Behandlungsfolgen:	16	Anteil ohne Behandlungsfolgen: 83
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: Netrange Meldeportal® Sturzmeldungen			
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinanz:			

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009						
Spitalgruppen: an welchen Standorten?						
Gemessene Abteilungen:	Alle Stationen (5)	Ergebnis gesamt:	0.40% (Inzidenz)			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.						
Entstehungsort der Dekubiti		Werte (quantitativ)				
		gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt (und Rückverlegung)		11	3	5	0	3
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.		15	13	1	1	0
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen						
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009						
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: Inzidenzmessung gemäss EPUAP					
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinanz:					

F Verbesserungsaktivitäten

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

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

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

*Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten*

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
KSNW	Meldeportal® CIRS	Vermeidung von Schadenfällen, Verbesserung der Ablauforganisationen	laufend regelmässige Fallbesprechungen
KSNW	Meldeportal® Hämovigilanz	Erfassung von unerwünschten Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten	laufend
KSNW	Meldeportal® Pharmakovigilanz	Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen	laufend
KSNW	Meldeportal® Materiovigilanz	Erfassung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten (z.B. med. Geräte, med. Verbrauchsmaterial)	laufend
KSNW	Meldeportal® Sturzmeldungen	Stürze im Spital vermeiden, Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	2009 Umstellung von interner Entwicklung auf Netrange
KSNW	Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze: Die gefährdeten Patienten werden mit dem Sturzrisikoassessment ermittelt. Die Massnahmen erfolgen individuell gemäss dem Sturzkonzept.	Stürze im Spital vermeiden, Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	laufend

	Konkrete Massnahmen: Patient und Angehörige über Sturzrisiko informieren, über Massnahmen aufklären, darauf hinweisen, dass Patient Hilfe rufen soll, Bettgitter, Klingelmatte, Bewegungsmelder, Sitzwachen, u.a.m.		
KSNW	Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen: - Hygienekommission gemeinsam mit KS Luzern - MRSA Messung Feb/März 2009 - Beobachtung Händehygiene Compliance Februar 2009 - Berechnung Verbrauch Händedesinfektion per Semester nach SwissNoso - Weiterbildung MRSA	Vermeidung von Infektionen, keine bis wenige MRSA-Fälle, keine Übertragungen	laufend
KSNW	Fortlaufende Patientenbefragungen nach Austritt	Patientenzufriedenheit, Resultate als Grundlage für Massnahmen und Projekte	laufend
KSNW	Beschwerdemanagement	Patientenzufriedenheit, Verbesserungspotential	laufend
Kardiale Rehabilitation	Fortlaufende Patientenbefragung nach Abschluss der Rehabilitation	Patientenzufriedenheit, Verbesserungspotential	laufend
Ernährungsberatung/Küche	Aktualisierung Diabeteskostform	Mediterrane Ernährung und Diabetekost in einem Menü verbinden nach aktuellen evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen	laufend
Chirurgie	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	Ernährungsteam	Interdisziplinäre Besprechung von Ernährungsproblemen (EB, Pflege, Arzt, Apotheke, Küche)	Jährlich 2 Treffen
KSNW	Einführung Preiselbeersaft zur ergänzenden Therapie bei Harnwegsinfekten	Harnwegsinfekte therapieren	laufend

Ernährungsberatung/Ärzte	Infoschema zur sekundären Prophylaxe von Nierensteinen für Patienten erstellen und abgeben	Rezidivrate für Nierensteine senken	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 13 Jahren laufend, Quartals- und Jahresberichte (ca. 30 Spitäler)
Wundambulatorium	Wundbehandlungskonzept durch Spezialisten umgesetzt	Wundbehandlung evidenzbasiert	2008-laufend
Labor	Versenden aller mikrobiologischen Resultate an die Hygienefachberaterin	Kontinuierliche Verbesserung und Überwachung des Isolationsrichtlinien	laufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitätsprojekte

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 menschenorientierte 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
Ernährungsberatung/Ärzte/ Pflege	Schulung für Pflege, Ärzte zum Thema Sondenernährung	Professioneller Einsatz von Sondenernährung nach aktuellen Erkenntnissen	2009
Ernährungsberatung	Aktualisierung der Ernährungsvorträge für die ambulante kardiale Rehab.	Ernährungsvorträge auf aktuellen evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen aufgebaut	2009
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
Pflegedienst	Einführung der Pflegediagnosen nach NANDA.	Schulung einer gemeinsamen, professionellen und international anerkannten Sprache der Pflegediagnose. Vorbereitung zur Einführung der elektronischen Pflegedokumentation.	2009
Pflegedienst	Dekubitus-Prophylaxekonzept, Einführung und Schulung des Pflegepersonals	Sensibilisierung von Risikofaktoren, Erkennen von gefährdeten Patientinnen und Patienten, gezielter Einsatz von Prophylaxemassnahmen.	2009

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitel	Fokus Führung	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Menschenorientierte Führung, Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Eine abgeschlossene Führungsausbildung bildet die Grundlage für eine menschenorientierte Führung im Spital. Das Gespräch mit den Mitarbeitenden ist Kern der Führungsaufgabe. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter soll erhöht werden um eine Unternehmenskultur des Vertrauens, der offenen Kommunikation und der Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden zu fördern.	
Projektablauf / Methodik	Spitaleigene Führungsausbildung mithilfe externer Consultingfirma. 6 Schulungstage, abschliessende Projektarbeit. Dem Kader werden „Werkzeuge“ der Führung erläutert und die Anwendung in der Praxis mittels Rollenspielen trainiert.	
Projektergebnisse	Bewusstsein für die Vorbildfunktion des Kaders wurde gestärkt. Die zu erreichenden Ziele „Führen durch Vorbild, fachlicher Kompetenz und menschlicher Integrität“ wurden mittels durchgeführter Projektarbeiten belegt.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Kader Spital	
Projektevaluation / Konsequenzen	Messbar hohe Mitarbeiterzufriedenheit. Gute Unternehmenskultur. Kurze Informationswege erlauben optimierte Prozesse und eine hohe Arbeitsqualität. Die Mitarbeiter identifizieren sich mit dem Unternehmen. Die hohe Motivation der Mitarbeitenden hat einen direkten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit.	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel	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.	
Projektablauf / 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	
Projektevaluation / Konsequenzen	Messbare Verbesserung der Kundenzufriedenheit durch externe Patientenzufriedenheitsbefragung.	
Weiterführende Unterlagen	Schulungsunterlagen Teil 1-3 im Intranet für alle Mitarbeitenden offen.	

G Schlusswort und Ausblick

Mit dem Qualitätsbericht 2009 publiziert das Kantonsspital Nidwalden nach 2008 den zweiten Qualitätsbericht in Folge nach den Vorgaben von H⁺. Auch in diesem Jahr gibt uns der Qualitätsbericht die Möglichkeit, in strukturierter Form die vielfältigen Qualitätsmassnahmen des Spitals einem grösseren Publikum transparent darzulegen.

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

Wir orientieren uns an den Bedürfnissen der Patienten. Sie stehen bei uns im Mittelpunkt. Als Bestätigung unserer Anstrengungen freuen wir uns daher, dass wir auch im 2009 in der Patientenzufriedenheit gemäss MECON zu den besten 25% der Schweizer Spitäler gehören.