

Spital Männedorf



Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28.05.2018
Daniela Kaiser, Leiterin Prozess- und Qualitätsmanagement

Version 1



Spital Männedorf AG

www.spitalmaennedorf.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 2017.

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.

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 2017

Frau
Daniela Kaiser
Leiterin Prozess- und Qualitätsmanagement
+41 44 922 29 72
d.kaiser@spitalmaennedorf.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Impressum | 2 |
| Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz | 3 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Organisation des Qualitätsmanagements | 7 |
| 2.1 Organigramm | 7 |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 7 |
| 3 Qualitätsstrategie | 8 |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 | 8 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 | 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 | 13 |
| 4.5 Registerübersicht | 14 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 15 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 17 |
| Befragungen | 18 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 18 |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | 18 |
| 5.2 Eigene Befragung | 19 |
| 5.2.1 Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung | 19 |
| 5.3 Beschwerdemanagement | 20 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit Der spitaleigene Bewertungsbogen kann ebenfalls von Angehörigen ausgefüllt werden und als Angehörigenfeedback entsprechend gekennzeichnet werden. | |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | 21 |
| 7.1 Eigene Befragung | 21 |
| 7.1.1 Mitarbeiterbefragung | 21 |
| 7.1.2 Einführungs- und Austrittsmonitoring | 21 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | 22 |
| 8.1 Eigene Befragung | 22 |
| 8.1.1 Zuweiserbefragung | 22 |
| Behandlungsqualität | 23 |
| 9 Wiedereintritte | 23 |
| 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen | 23 |
| 10 Operationen | 25 |
| 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen | 25 |
| 11 Infektionen | 27 |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | 27 |
| 12 Stürze | 30 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 30 |
| 13 Wundliegen | 32 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) | 32 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | 34 |
| 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen | 34 |
| 14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen ANQ | 34 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 15 | Psychische Symptombelastung | |
| | Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant. | |
| 16 | Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand | |
| | Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant. | |
| 17 | Weitere Qualitätsmessung | 35 |
| 17.1 | Weitere eigene Messung | 35 |
| 17.1.1 | CleanHands | 35 |
| 18 | Projekte im Detail | 36 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 36 |
| 18.1.1 | Einführung inesKIS (Klinikinformationssystem) | 36 |
| 18.1.2 | Erweiterung des Delirmanagements | 37 |
| 18.1.3 | Etablierung von Fachverantwortlichen auf den Bettenstationen | 37 |
| 18.1.4 | Einführung Sturzmanagement | 38 |
| 18.1.5 | Einführung interprofessionelle Arbeitsgruppen | 38 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 | 39 |
| 18.2.1 | Bauprojekt - Renovation Akutgeriatrie | 39 |
| 18.2.2 | Optimierung CIRS | 39 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 40 |
| 18.3.1 | Zertifizierung ZSVA nach ISO 13485:2016 | 40 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 41 |
| Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot | | 42 |
| | Akutsomatik | 42 |
| Anhang 2 | | |
| Herausgeber | | 44 |

1 Einleitung

Das Spital Männedorf steht seit 135 Jahren im Dienste der Menschen am rechten Zürichseeufer und möchte für Alt und Jung ein kompetenter Gesundheitspartner sein. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 7692 stationäre und 41427 ambulante Patientinnen und Patienten am Spital Männedorf behandelt. Damit all diesen Menschen eine optimale und wohnortsnahe Behandlung ermöglicht werden kann, deckt das Spital Männedorf mit seinen rund 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den 70 Belegärztinnen und Belegärzten 35 medizinische Fachbereiche ab. Die moderne Infrastruktur und die enge Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistern ist eine wichtige Voraussetzung, um in ausgewählten Fachbereichen Spitzenmedizin zu betreiben. Das Spital Männedorf versteht sich auch als regionale Gesundheitsdrehscheibe. Durch die regionale Vernetzung mit den Hausärzten und die Kooperationen mit dem Universitätsspital Zürich, der Klinik Hirslanden und vor- und nachgelagerten Dienstleistern, wie der Spitex und verschiedenen Pflegeeinrichtungen und Facharztpraxen, möchte das Spital Männedorf langfristig eine umfassende Gesundheitsversorgung am rechten Zürichsee anbieten.

Das rechte Zürichseeufer ist stark geprägt von einer älteren Bevölkerung. Deshalb richtet sich die Klinik für Innere Medizin immer mehr auf ältere Patientinnen und Patienten aus, hat das Fachgebiet der Geriatrie (Altersmedizin) weiter ausgebaut und die Anzahl akutgeriatrischer Betten auf 15 erhöht. Ein weiterer Schwerpunkt setzt das Spital im Bereich der Tumorbehandlung mit dem Onkologie Zentrum, welches zielgerichtete Abklärungen und Behandlungen bei Tumorerkrankungen anbietet. Die Klinik für Chirurgie setzt ihre Schwerpunkte in der Viszeralchirurgie, der Orthopädie, Unfallchirurgie, Traumatologie und Urologie. Einen weiteren interdisziplinären Ansatz verfolgt das Spital Männedorf beim Adipositaszentrum, bei denen Spezialisten der Inneren Medizin, der bariatrischen Chirurgie und verschiedener Fachberatungen, wie beispielsweise die Ernährungsberatung, Menschen mit starkem Übergewicht begleiten und behandeln. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ist neben der Geburtsbegleitung spezialisiert auf Beckenbodenprobleme und Senologie. Wichtige interne Partner sind die Fachärzte des Instituts für Anästhesie und Intensivmedizin sowie die Spezialisten des Instituts für Radiologie, welche mit modernsten Geräten exakte Diagnosen ermöglichen. Genauso wichtig wie eine medizinische Topleistung ist aber auch ein respektvoller Umgang miteinander. Deshalb setzt das Spital Männedorf Wert darauf, dass die Patientinnen und Patienten laufend über die weiteren Behandlungsschritte informiert werden und sich ernst genommen fühlen. «Kompetent umsorgt» heisst deshalb die Vision des Spitals, welche die Spitalleitung zusammen mit den Kadermitarbeitenden im letzten Jahr entwickelt hat.

Im Rahmen der Vision «Kompetent umsorgt» werden alle Prozesse in regelmässigen Abständen hinterfragt und konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Dies geschieht auf Basis der Lean Philosophie in Form eines einheitlichen Prozess- und Qualitätsmanagementansatzes. Im Berichtszeitraum konnten neben Schulungen zu Lean Management Grundlagen, verschiedene Lean Projekte durchgeführt, sowie in allen Bereichen sogenannte KVP-Boards (KVP: kontinuierlicher Verbesserungsprozess) eingeführt werden. An diesen KVP-Boards können und sollen die Mitarbeitenden in regelmässigen Treffen Verbesserungsvorschläge für ihren Bereich initiieren. Eine wichtige Grundlage für Verbesserungsinitiativen bilden darüber hinaus Patientenrückmeldungen, die Ergebnisse nationaler Qualitätsmessungen des Vorjahres, sowie die Auswertung von CIRS Fällen (Critical Incident Reporting System). Mit dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess gewinnt das Qualitätsdenken als Bestandteil der täglichen Spitalarbeit weiter an Bedeutung und die Patienten profitieren von der steigenden Sicherheit durch konsequente Minimierungen von Störungen in den Abläufen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist im Prozess- & Qualitätsmanagement integriert, welches als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt ist. Darüber hinaus sind Risikomanagement, Projektportfoliomanagement, Infektionsprävention und Spitalhygiene sowie die Koordination von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Teil der Funktion.

Die Funktion des ärztlichen Risikomanagers wird durch den stellvertretenden CEO wahrgenommen, welcher ebenso Mitglied der Spitalleitung ist.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Daniela Kaiser
Leiterin Prozess- und Qualitätsmanagement
Spital Männedorf AG
+41 (0)44 922 2972
d.kaiser@spitalmaennedorf.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

Ziel der Qualitätsstrategie der Spital Männedorf AG ist es, Mehrwert durch patientenorientierte Prozesse zu schaffen, welche die Sicherheit und Behandlungsqualität kontinuierlich steigern.

In der Spitalstrategie wurden daher folgende Qualitätsziele definiert:

- Die im Spital erbrachten Leistungen orientieren sich an den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW Kriterien) ebenso wie an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten sowie weiteren externen bzw. internen Kunden.
- Das Spital Männedorf versteht sich als ein Dienstleistungsunternehmen, das den Patienten mit seinen Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt des täglichen Handelns stellt.
- Um den Patienten bestmöglich in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen, wird eine umfassende Aufklärung des Patienten über die Diagnosestellung, seine Krankheit, deren Behandlungsmöglichkeiten, die Risiken und Alternativen als Grundlage der weiteren Behandlung erachtet.
- Die Behandlung richtet sich nach der körperlichen Verfassung, dem psychologischen Wohlbefinden, der sozialen Integration und der Funktionsfähigkeit im Alltag. Eine Gewichtung der Komponenten erfolgt durch den Patienten selber.
- Prozessorientiertes Denken und Handeln sowie die ständige Verbesserung derselben ist die Grundlage für eine stetige Steigerung der Behandlungsqualität, indem Leerläufe eliminiert und Komplikationen verhindert werden.
- Wir möchten unseren Patienten eine höchstmögliche Qualität der Spitalleistungen anbieten und durch ständige Verbesserung der Prozesse sowie der räumlichen und technischen Ausstattung eine optimale Behandlung gewährleisten.
- Wir sind bestrebt, die diagnostische und therapeutische Versorgung laufend den aktuellsten Standards der medizinischen Wissenschaften anzupassen.
- Durch einen sinnvollen Einsatz der vorhandenen Mittel gewährleistet das Spital den Einsatz moderner Technik, Therapie und Diagnostik einerseits sowie ein entsprechendes Aus-, Fort- und Weiterbildungsniveau andererseits.
- Die notwendige Transparenz über das Qualitätsmanagement und dessen Ergebnismessungen ist sichergestellt.
- Die Kreativität und Erfahrung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verbesserung der Behandlungsqualität wird genutzt.
- Akkreditierungen oder Zertifizierungen werden durchgeführt, wenn diese zwingend sind, einen wesentlichen Entwicklungsschritt in der Behandlungsqualität ermöglichen oder Marktvorteile als Anbieter entstehen.
- Durch die Zusammenarbeit mit den internen und externen Kooperationspartnern und den optimierten Informationsaustausch können die an uns gestellten Qualitätsansprüche erfüllt werden.
- Alle Mitarbeiter des Spitals erbringen gegenüber Patienten, internen und externen Kunden, Vertragspartnern und Behörden, alle Tätigkeiten und Dienstleistungen in höchstmöglicher Qualität, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften und der verfügbaren Mittel.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Im Berichtszeitraum 2017 lagen die Qualitätsschwerpunkte in der:

- Überarbeitung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS) inklusive Einführung einer neuen Software zur Fallerfassung und Fallbearbeitung

- Vorbereitung einer Zertifizierung der Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) nach EN ISO 13485:2016
- Weiterentwicklung des interprofessionellen Delirmanagements
- Umsetzung von Massnahmen aus der Analyse der Ergebnisse der nationalen (ANQ) und internen Qualitätsmessungen des Vorjahres

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Erfolgreiche Re-Zertifizierung des Onkologie Zentrums von ISO 9001:2008 überführt auf ISO 9001:2015
- Erfolgreiche Re-Zertifizierung des Rettungsdienstes nach ISO 9001:2008
- Standardisierung von Prozessen in Vorbereitung der Einführung eines neuen KIS
- Etablierung von Methoden für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in allen Bereichen

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ausgewählte Themen:

1. Umsetzung von Massnahmen für die Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich 2017-2022
2. Einführung eines Controlling für Antibiotikaresistenzen und Antibiotikakonsum (inkl. Teilnahme anresis.ch)
3. Interprofessionelle Treffen für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess
4. Einführung und Etablierung einer Qualitätskommission
5. Einführung eines neuen Klinik-Informationssystem (KIS)

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 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 im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen: |
|--|
| <i>Akutsomatik</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus |

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"> ▪ Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung |
| <i>Mitarbeiterzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführungs- und Austrittsmonitoring |
| <i>Zuweiserzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuweiserbefragung |

| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: |
|---|
| <i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen ANQ |
| <i>Weitere Qualitätsmessung</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ CleanHands |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Einführung von 5S

| | |
|---|---|
| Ziel | Optimierung des räumlichen Platzangebotes |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Berichtszeitraum 2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Einführung inesKIS (Klinikinformationssystem)

| | |
|---|---|
| Ziel | Einführung des Klinik Informationssystems inesKIS |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzer Betrieb |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Berichtszeitraum 2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Zertifizierung der ZSVA nach EN ISO 13485:2016

| | |
|---|---|
| Ziel | Wiederaufbereitung von Medizinprodukten nach zertifiziertem Standard durch eine Zertifizierung nach EN ISO 13485:2016 sicherstellen |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | ZSVA |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Berichtszeitraum 2017, Zertifizierung im Januar 2018 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

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 ein CIRS im Jahr 2006 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.

Bemerkungen

Das CIRS wurde im Jahr 2016 von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erfolgreich zertifiziert.

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 und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen | | | |
|--|--|---|---------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie | Adjumed Services AG www.aqc.ch | 2003 |
| SMOB Swiss Morbid Obesity Register | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric | SMOB Register www.smob.ch | 2015 |
| KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell | Alle | krebssliga-sg.ch | 1980 |
| KR Zürich/Zug Krebsregister der Kantone Zürich und Zug | Alle | www.krebsregister.usz.ch | 1980 |
| SBCDB Swiss Breast Center Database | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch | 2015 |
| SIRIS Schweizerisches Implantatregister | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch | 2012 |
| MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch | 2008 |

Bemerkungen

Zusätzlich:

A-QUACH - Monitoring der Anästhesiequalität in der Schweiz (seit 2016 / Schweizer Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR) / www.sgar-ssar.ch/qualitaetsmanagement-inkl-a-qua/kdq-a-qua/ueber-a-qua/)

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 |
| HQuality | Betreuung/Hotellerie | 2006 | 2013 | HQuality ist ein Qualitätslabel des Verbands Zürcher Krankenhäuser (VZK). |
| ISO 9001:2008 | Rettungsdienst | 2013 | 2017 | Internationale Norm für die Sicherheit von Arbeitsabläufen, Räumlichkeiten und Geräten. |
| UNICEF "Baby Friendly Hospital" | Geburtshilfe | 1999 | 2015 | Pflegerische und ärztliche Betreuung für Mutter und Kind orientieren sich an einheitlichen UNICEF-Richtlinien. |
| Swiss Cancer Network | Onkologie Zentrum | 2014 | 2017 | Das Zertifikat Swiss Cancer Network hat zum Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsqualität für Tumorpatienten zu fördern. |
| IVR Interverband für Rettungswesen | Rettungsdienst | 2010 | 2014 | Durchführung von Qualitätskontrollen bei den Rettungsdiensten (Anerkennungsverfahren) |
| AGO (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie) | Gynäkologie | 2015 | 2015 | |
| ISO 9001:2015 | Onkologie Zentrum | 2017 | - | Seit 2010 lag eine Zertifizierung nach ISO 9001:2008 vor. Internationale Norm für die Sicherheit von |

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

| | | | | |
|--|--------------------|------|------|--|
| | | | | Arbeitsabläufen, Räumlichkeiten und Geräten. |
| «Qualität in Palliative Care» | Palliative Station | 2016 | - | |
| Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen (IS) durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) | Intensivstation | 2001 | 2016 | Intensivstation der Kategorie C |
| EN ISO 13485:2016 | ZSVA | 2018 | - | Qualitätsmanagement für Medizinprodukte |

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

| Fragen | Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%) |
|--|--|
| Spital Männedorf AG | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.12 (4.13 - 4.17) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.59 (4.45 - 4.49) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.55 (4.49 - 4.53) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.46 (4.44 - 4.49) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 3.90 (3.93 - 3.97) |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 90.90 % |

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|--|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|--|------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. | |
| Spital Männedorf AG | | | |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2016 | 519 | | |
| Anzahl eingetroffener Fragebogen | 260 | Rücklauf in Prozent | 50 % |

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung

Patientenfeedbacks sind für die Mitarbeitenden des Spital Männedorf sehr wichtig, da sie uns die Möglichkeit geben, unsere Arbeit immer wieder kritisch zu überdenken und zu verbessern.

Im Jahr 2016 haben wir zwei separate Patientenfragebögen für ambulante und für stationäre Patienten unter Einbeziehung der vom ANQ verwendeten Fragestellungen entwickelt. Diese Fragebögen haben sich bewährt und waren auch im Jahr 2017 im Einsatz. Der Fragebogen für stationäre Patienten wurde im Berichtszeitraum 2017 an alle stationäre Patienten abgegeben. Für die ambulanten Patienten lag der Fragebogen in den entsprechenden Bereichen zur freien Verfügung aus. Die Fragebögen bieten die Möglichkeit, unser Spital anhand von konkreten Fragen auf einer Skala von 1-5 zu bewerten. Darüber hinaus können im Freitext Verbesserungsvorschläge und Bemerkungen formuliert werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Befragung hat kontinuierlich in allen ambulanten und stationären Bereichen des Spitals stattgefunden.

Alle stationären Patienten erhalten den Bewertungsbogen bei Eintritt von der Patientenaufnahme. Für die ambulanten Patienten liegt der Fragebogen in den entsprechenden Bereichen zur freien Verfügung aus.

Die Befragung wird intern ausgewertet und Ergebnisse kommuniziert. Sofern eine Kontaktaufnahme von Seiten der Patientinnen und Patienten gewünscht wird, werden diese persönlich von einem Mitarbeitenden der Abteilung für Prozess- und Qualitätsmanagement oder der betreffenden Fachabteilung kontaktiert.

Bei als Freitext formuliertem Lob, Kritik und Verbesserungsvorschlägen wird der ausgefüllte Fragebogen an die involvierten Bereiche weitergeleitet. Durch dieses Vorgehen wird sichergestellt, dass sowohl Lob als auch Kritik die entsprechenden Personen erreicht und Verbesserungsmassnahmen an den richtigen Stellen eingeleitet werden. Aber auch positive und wertschätzende Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten werden den Mitarbeitenden zugestellt.

| Angaben zur Messung | |
|---|----------------------------------|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | Bewertungsbogen Spital Männedorf |

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Männedorf AG

Prozess- und Qualitätsmanagement

Daniela Kaiser

Leiterin Prozess- und Qualitätsmanagement

+41 (0)44 922 2972

d.kaiser@spitalmaennedorf.ch

42h pro Woche(Montag-Freitag)

Patienten und Besucher können ihr Feedback

darüber hinaus an die Email-Adresse

patientenfeedback@spitalmaennedorf.ch

senden oder unseren spitalinternen

Bewertungsbogen ausfüllen.

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Ziel der Befragung ist die gezielte Erfassung von Mitarbeiterbedürfnissen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und Erhöhung der Identifikation von Mitarbeitern mit dem Unternehmen. Das verwendete Messmodell beinhaltet Fragen zu organisatorischen Rahmenbedingungen und zur persönlichen Einstellung des Mitarbeiters.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Alle Mitarbeitenden des Spitals waren aufgefordert an der Befragung teilzunehmen.

Die gesamte Mitarbeiterschaft wurde befragt.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | icommit |
| Methode / Instrument | online Befragung |

7.1.2 Einführungs- und Austrittsmonitoring

Als Arbeitgeber hat das Spital Männedorf ein grosses Interesse daran zu erfahren, wie die Mitarbeitenden die ersten 100 Tage ihres Arbeitsverhältnisses beurteilen. Mit dem Ausfüllen des Einführungsmonitorings erfassen wir die Anliegen und Erfahrungen von neu eintretenden Mitarbeitenden und können die Einführung und die Arbeitszufriedenheit stetig verbessern.

Austrittsmonitoring ist - wie das Einführungsmonitoring - ein internetbasiertes System zur standardisierten Befragung von austretenden Mitarbeitenden. Das Austrittsmonitoring verfolgt folgende Ziele:

- Grundlage für Personalerhaltung (Retention Management)
- Informations-, Image- und Hygienefunktion
- Zeigt Problembereiche, Stärken und Entwicklungen

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Befragung richtet sich an die ein- und austretenden Mitarbeitenden aus allen Bereichen und Abteilungen.

Im Einführungsmonitoring gaben 89% der Mitarbeitenden an, dass sie sich in 12 Monaten noch im Spital Männedorf sehen. Sehr zufrieden sind sie mit dem Empfang durch Vorgesetzte und Kollegen sowie mit der Unterstützung und Atmosphäre im Team. Verbesserungspotenziale bestehen zudem bei der Einführung in die IT-Arbeitsmittel sowie bei der Einführung in die informellen Regeln in ihrem Arbeitsumfeld.

Beim Austrittsmonitoring gaben 91% der Mitarbeitenden an insgesamt zufrieden zu sein mit ihrer Anstellung im Spital Männedorf, 85% würden das Spital als Arbeitgeber weiterempfehlen und 63% würden wieder im Spital arbeiten.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|-------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Belares AG |
| Methode / Instrument | online-Fragebogen |

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Anhand von gezielten Fragestellungen möchten wir Themen und Bereiche identifizieren in denen wir uns als Spital in der Zusammenarbeit mit unseren Zuweiserinnen und Zuweisern noch verbessern können.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.

Es wurden die Zuweiser aller stationären Abteilungen befragt, welche mindestens zwei Patienten pro Jahr zugewiesen haben.

Während der Befragung wurden alle Zuweiser, basierend auf dem übermittelten Adressfile, durch einen Primärversand angeschrieben. Nach ca. 3 Wochen erfolgte ein Erinnerungsversand an alle Zuweiser, die noch nicht geantwortet hatten. Den erforderlichen Abgleich führte die Post CH AG durch. Die Befragung erfolgte schriftlich. Ein Incentive zur weiteren Steigerung des Rücklaufs wurde nicht eingesetzt. Insgesamt wurden 109 Fragebogen versendet.

Das Spital Männedorf setzte im Jahr 2017 den gleichen schriftlichen Fragebogen wie 2015 ein, um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Der Rücklauf hat sich im Vergleich zur Befragung 2015 nur geringfügig verändert (-0.4%). Die Ergebnisse werden genutzt, um die Zusammenarbeit mit den Zuweisern weiter zu verbessern und auf deren Wünsche und Bedürfnisse konkreter eingehen zu können.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|---------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | hcri AG |
| Methode / Instrument | Fragebogen (KEF_CH) |

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell 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.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Messergebnisse

| Datenanalyse | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016** |
|----------------------------|---------|-------|-------|-------|--------|
| Spital Männedorf AG | | | | | |
| Beobachtete Rate | Intern: | 4.48% | 4.17% | 3.49% | - |
| | Extern: | 0.06% | 0.10% | 0.46% | - |
| Erwartete Rate | | 4.77% | 4.54% | 4.22% | - |
| Verhältnis der Raten*** | | 0.95 | 0.94 | 0.94 | |

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** 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 potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Alle Auswertungsergebnisse liegen innerhalb der erwarteten Rate. Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr (Daten 2016) standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|--|
| Nationales Auswertungsinstitut | SQLape GmbH |
| Methode / Instrument | SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet. |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder). |
| | Ausschlusskriterien | Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland. |
| Spital Männedorf AG | | |
| Anzahl auswertbare Austritte: | 0 | |

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

Messergebnisse

| Datenanalyse | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 ** |
|----------------------------|-------|-------|-------|---------|
| Spital Männedorf AG | | | | |
| Beobachtete Rate | 1.73% | 2.38% | 2.24% | - |
| Erwartete Rate | 2.32% | 2.05% | 2.31% | - |
| Verhältnis der Raten*** | 0.75 | 1.16 | 0.97 | |

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** 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 potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr (Daten 2016) standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|--|
| Nationales Auswertungsinstitut | SQLape GmbH |
| Methode / Instrument | SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet. |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern). |
| | Ausschlusskriterien | Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.). |
| Spital Männedorf AG | | |
| Anzahl auswertbare Operationen: | | |

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den 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 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 Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen: |
|--|
| ▪ Gallenblasen-Entfernungen |
| ▪ Blinddarm-Entfernungen |
| ▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen |
| ▪ *** Dickdarmoperationen (Colon) |
| ▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen |

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*) |
|---|--|--|---|-------|--------|---|
| | | | 2014 | 2015 | 2016 | |
| Spital Männedorf AG | | | | | | |
| Gallenblasen-Entfernungen | 128 | 1 | 6.90% | 4.90% | 2.80% | 0.60% (0.00% - 2.00%) |
| Blinddarm-Entfernungen | 90 | 2 | 4.40% | 2.00% | 0.00% | 3.10% (0.00% - 11.10%) |
| *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen | 9 | 0 | 1.50% | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| *** Dickdarmoperationen (Colon) | 83 | 12 | 3.50% | 8.10% | 10.00% | 15.70% (7.80% - 23.50%) |

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*) |
|---|--|--|---|-------|-------|---|
| | | | 2013 | 2014 | 2015 | |
| Spital Männedorf AG | | | | | | |
| Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen | 88 | 0 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |

* 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten der Hüftimplantate werden erstmalig publiziert. Erfreulicherweise sind bei dieser Operation am Spital Männedorf keine Infektionen aufgetreten.

Die bei den anderen erfassten Operationen aufgetretenden Infektionen lagen im Bereich der zu erwartenden Infektionsraten im nationalen Vergleich aller Schweizer Spitäler.

Bei auftretenden Infektionen werden diese systematisch und interprofessionell analysiert, sowie bei Bedarf Massnahmen der Infektionsprävention abgeleitet und umgesetzt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

Swissnoso

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|--|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden 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 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, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Spital Männedorf AG | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 4 | 2 | 0 | 2 |
| In Prozent | 4.90% | 2.70% | 0.00% | 3.20% |

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Anzahl der während des aktuellen Spitalaufenthaltes gestürzten Patienten ist gegenüber der Vorjahresmessung leicht angestiegen. Patienten werden kontinuierlich mobilisiert und in der Aktivierung und Selbstständigkeit gefördert.

Stürze lassen sich nicht immer verhindern, zumal per Definition auch ein kontrolliertes Ereignis einen Sturz darstellen kann.

Das Assessment wird bei jedem Patienten bei Eintritt und mind. alle 3 Tage durchgeführt. Rund die Hälfte der erfassten Patienten weisen ein Sturzrisiko auf. Bei bestehendem oder neu auftretendem Sturzrisiko werden entsprechende Massnahmen zur Sturzprophylaxe umgesetzt.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|--|--------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden 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. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | |
| Spital Männedorf AG | | | |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017 | 62 | Anteil in Prozent (Antwortrate) | 66.70% |

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) 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 Schwerkraften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

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 Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

| Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | | Vorjahreswerte | | | 2017 | In Prozent |
|---------------------------------|--|----------------|------|------|------|------------|
| | | 2014 | 2015 | 2016 | | |
| Spital Männedorf AG | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | 1 | 1 | 3 | 3 | 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Anzahl der beobachteten Dekubiti ist im Verhältnis zum Vorjahr unverändert. Es wurde bei 23 Patienten ein Dekubitusrisiko festgestellt, von denen bei 3 Patienten einen Dekubitus aufgetreten ist. Dieser Wert entsprach in Anbetracht der steigenden Fallschwere den Erwartungen.

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|--|--------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden 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). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ 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. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | |
| Spital Männedorf AG | | | |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017 | 62 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | 66.70% |

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen ANQ

Die Qualitätsmessung zum Thema Freiheitsbeschränkende Massnahmen wurde im Rahmen der Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus des ANQ durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

Die Messung wurde am 14.11.2017 bei Patienten der Bettenstationen und der Intensivstation durchgeführt.

Alle Teilnehmenden der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus ANQ.

Bei 8 Patienten (12.9%) wurden freiheitsbeschränkende Massnahmen angewendet (12 Pat. in 2016) - hauptsächlich aus Gründen der Sturzprävention (25%), Agitiertheit (25%) und delirantem Verhalten (50%).

Bevor freiheitsbeschränkende Massnahmen eingesetzt werden, kommen alternative Massnahmen wie z.B. Erhöhung der Präsenz von Pflegepersonal zur Anwendung.

Es wird auf Fixierungen verzichtet. Es kommen mehrheitlich Alarmsysteme, Klingelmatten, Sturzbalken, Sitzwachen etc. zum Einsatz.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen geht einher mit der zunehmenden Anzahl dementer und sonstiger sturzgefährdeter Patienten. Die Pflegeabhängigkeit der Patienten hat im Vergleich zum Vorjahr zugenommen.

Bei der Durchführung der Messung ist aufgefallen, dass die Dokumentation der freiheitsbeschränkenden Massnahmen noch verbessert werden kann.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | LPZ |
| Methode / Instrument | Fragebogen (CHD2016NOV) |

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 CleanHands

Bei dieser fortlaufenden Qualitätsmessung wird die Einhaltung der Händehygiene (5 Indikationen zur Händedesinfektion gemäss WHO) beobachtet und dokumentiert. Schwerpunktmässig werden alle Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt beobachtet. Die Daten werden von der Fachperson Infektionsprävention und Spitalhygiene sowie punktuell von Pflegefachpersonen mit spezifischer Weiterbildung erhoben.

Mit Hilfe des Messinstrumentes "CleanHands" ist eine einfache elektronische Erfassung der Beobachtungen und eine automatisierte Analyse der Händehygiene-Adhärenz möglich. Adhärenz meint in diesem Zusammenhang den Grad der Einhaltung der Händehygienerichtlinie. Die Ergebnisse können zeitnah und individuell an die betreffenden Mitarbeitenden zurückgemeldet werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Qualitätsmessung wird fortlaufend im gesamten Betrieb durchgeführt.

Stichprobenartig werden Mitarbeitende mit direktem Patientenkontakt (Pflegefachpersonen und Ärztinnen/Ärzte) aller Stationen und Kliniken begleitet.

Die Ergebnisse der bisher durchgeführten Beobachtungen zeigen eine kontinuierliche Verbesserung der Handehygiene-Adhärenz. Die schnelle Dokumentation und Auswertung der Datenerhebung durch das Messinstrument CleanHands von swissnoso ermöglicht es der Fachexpertin Infektionsprävention ein direktes Feedback an die betreffenden Mitarbeitenden zu geben, bereits unmittelbar nach der Beobachtungssequenz.

Des Weiteren fördern diese begleiteten Messungen den Austausch zwischen Fachperson Infektionsprävention und Spitalhygiene sowie dem medizinischen Personal. Prozesse werden direkt vor Ort besprochen und wenn möglich optimiert. Durch optimierte Arbeitsprozesse und Sensibilisierung zum eigenen Hygieneverhalten wird eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung erzielt.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Swissnoso |
| Methode / Instrument | Cleanhands |

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung inesKIS (Klinikinformationssystem)

Projektart: IT Projekt

Projektziel: Einführung des Klinik Informationssystems inesKIS

Projektlauf/Methodik:

Das Einführungsprojekt orientiert sich an der Projektmethodik der ines GmbH, die über die letzten 25 Jahren in verschiedenen Projekten erprobt und auf die Bedürfnisse des Spitals abgestimmt wurde. Insgesamt folgt das Projekt den folgenden vier Phasen: Initialisierung, Sollkonzept, Realisierung und der Schulungs- und Abschlussphase. Zur Methodik ist weiter zu erwähnen, dass im Sinne der Lean-Philosophie entlang des Kernprozesses im Spital die Sollkonzeptphase ausgerichtet wurde. Das bringt mit sich, dass ein intensiver Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bereits in der zweiten Phase des Projektes stattfindet. Dies begünstigt das Verständnis und die Durchgängigkeit für die Realisierungsphase und hat geholfen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert wurde. In der Realisierungsphase verfolgt die Projektleitung ein Customizing-Vorgehen und einen Entwicklungsrhythmus, der sich am Projektmanagement Ansatz Scrum orientiert. Dieses Vorgehen erlaubt es in einem Rhythmus von zwei Wochen immer wieder Fortschritte im Projekt zu sehen und Abläufe laufend testen zu können. Dieses Vorgehen unterstützt die Qualität des Outcomes.

Involvierte Berufsgruppen:

Im Projektteam wirken insgesamt 35 Personen mit, welche aus praktisch allen Bereichen des Spitalbetriebs kommen. Das Projekt ist in sieben Teilprojekte unterteilt, damit die Interessen der einzelnen Berufsgruppen koordiniert ins Projekt einfließen können. Hier werden die folgenden Teilprojekte unterschieden: Ärzteschaft, Pflege, Beratende Dienste, OP und Notfall, Klinik Management und Sekretariate, Business Prozesse, Integration und Diagnostik.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:

Die ersten Meilensteine wurden gemäss Projektplan erreicht. Die Soll-Konzepte wurden durch den Lenkungsausschuss abgenommen und befinden sich aktuell in der Realisierungsphase. Von insgesamt 8 definierten Arbeitspaketen wurden durch die ines GmbH bereits 3 Stück ausgeliefert. Nebst den Entwicklungs- und Customizing-Arbeiten werden aktuell die Prozessworkshops für die Regressionstests und die Schulungsorganisation aufgebaut. Der Go-Live wird entsprechend mit verschiedenen Change Management Massnahmen unterstützt, damit die Akzeptanz für das neue System gefördert werden kann.

Stand der Umsetzung von Massnahmen:

Die Realisierungsphase dauert nach dem Entscheid des Lenkungsausschusses, das Projekt um fünf Monate zu verschieben, bis Anfang März 2019.

18.1.2 Erweiterung des Delirmanagements

Projektart: Optimierung der Behandlungsqualität

Projektziel: Risiken für Delirien (akute Verwirrheitszustände) werden erkannt und interprofessionell behandelt

Projektlauf/Methodik:

- Delirmanagementprozess wurde von Eintritt bis Austritt aufgenommen und bestehende Instrumente integriert
- Einführung von Assessmentinstrumenten zur Verlaufskontrolle
- Implementierung von nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Standardmassnahmen zur Delirprävention und -behandlung
- Erarbeitung eines Schulungskonzeptes und Schulung aller beteiligten Berufsgruppen
- Laufende Evaluation der Patienten mit Delirrisiko oder einem Delir

Involvierte Berufsgruppen:

Es sind Ärzte, Pflege, Therapeuten sowie die Abteilung für Prozess- und Qualitätsmanagement in das Projekt involviert.

Stand der Umsetzung von Massnahmen:

Die Mitarbeitenden mit Patientenkontakt wurden anhand des neuen Delirkonzeptes geschult und werden fortlaufend für das Thema sensibilisiert. Im Spitalalltag werden Daten bezüglich des Delirrisikos und dem Auftreten von Deliren bei Patienten kontinuierlich erhoben und evaluiert.

18.1.3 Etablierung von Fachverantwortlichen auf den Bettenstationen

Projektart: Entwicklung der Pflegequalität

Projektziel: Funktion der Fachverantwortlichen Pflegefachperson ist auf allen Stationen etabliert

Projektlauf:

- Aufgaben und Kompetenzen der Fachverantwortlichen wurden definiert
- Erarbeitung und Umsetzung neuer SOPs

Involvierte Berufsgruppen:

Pflegeteams der Bettenstationen, Pflegeexperten

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:

In der Tagesroutine werden risikobehaftete Situationen leicht übersehen oder spät erkannt. Um solche Situationen schneller sichtbar zu machen und den involvierten Pflegefachpersonen Hilfestellung anzubieten hat man sich entschlossen, Fachverantwortliche auf allen Bettenstationen zu etablieren. Die Fachverantwortlichen unterstützen die Stationsleitungen bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Sie sind für die Einführung neuer Mitarbeitenden zuständig und sind zudem Ansprechpersonen für Pflegefachpersonen und Stationsleitungen. Sie erheben Strichproben zu Themen der Pflegequalität wie beispielsweise Einhaltung des Pflegeprozesses oder Kontrolle der Pflegedokumentation. Ebenso unterstützen die Fachverantwortlichen die Einführung neuer Massnahmen, SOPs oder Materialien/ Geräten auf den Bettenstationen. Auf Grund dieser Massnahmen können Risiken während der Pflege schneller erkannt und Lösungen erarbeitet werden. Dies ist gerade bei Patienten mit überdurchschnittlicher Aufenthaltsdauer von hoher Bedeutung.

Stand der Umsetzung von Massnahmen:

Alle Bettenstationen verfügen über mindestens eine Fachverantwortliche Pflegefachperson.

18.1.4 Einführung Sturzmanagement

Projektart: Optimierung der Behandlungsqualität

Projektziel: Sturzrisiken werden erkannt und präventive Massnahmen eingeleitet sowie Sturzereignisse standardisiert erfasst.

Projektlauf/Methodik:

- Definition des gesamten Sturzmanagementprozesses
- Erarbeitung einer SOP zum Thema Sturzmanagement
- Erstellung eines Sturzprotokolls
- Schulung und Information der Pflegeteams

Involvierte Berufsgruppen:

Pflege, Ärzte

Stand der Umsetzung von Massnahmen:

Das Sturzrisiko wird kontinuierlich bei allen Patienten erfasst. Sofern notwendig werden präventive Massnahmen wie beispielsweise Anpassung der Umgebung, Installation von Alarmsystemen etc. eingeleitet.

Sturzereignisse werden dokumentiert, ausgewertet und an Hand der Erkenntnisse präventive Massnahmen abgeleitet.

18.1.5 Einführung interprofessionelle Arbeitsgruppen

Projektart: Optimierung des interprofessionellen Behandlungsprozesses

Projektziel: Stärkung der interprofessionellen Behandlungsqualität durch berufsübergreifende Fachgruppen im Arzt- und Pflegedienst in den Fachgebieten der Chirurgie und der Frauenklinik. Spitalinterne berufsgruppenabhängige Systemgrenzen sollen überwunden werden um die Behandlungsqualität einheitlich und optimal zu gestalten.

Interprofessionelle Fachgruppen der Fachgebiete Chirurgie und Frauenklinik sind etabliert, der interprofessionelle Austausch wird gestärkt und einheitliche Behandlungsstandards sind definiert.

Projektlauf:

- Etablierung von festen Arbeitsgruppenmitgliedern und deren regelmässigen Austausch der verschiedenen Berufsgruppen
- Entwicklung von einheitlichen Behandlungsstandards unter Berücksichtigung der interprofessionellen Perspektiven

Involvierte Berufsgruppen:

Es sind Pflegefachpersonen der definierten Bereiche sowie ärztliche Vertretungen beteiligt.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:

Eine gestärkte Zusammenarbeit festigt den Behandlungsprozess der Patienten, da die pflegerische und ärztliche Perspektive zur Beurteilung der Patientensituation einbezogen werden.

Stand der Umsetzung von Massnahmen:

Monatliche Sitzungen der Arbeitsgruppe Chirurgie sowie alle zwei Monate eine Sitzung der Arbeitsgruppe „Woman Friendly“, welche den Bereich der Frauenklinik vertritt. Erste ausgearbeitete Behandlungsstandards sind im Spitalalltag etabliert.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Bauprojekt - Renovation Akutgeriatrie

Projektart: Bauprojekt

Projektziel:

Zeitgemässe und den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechende Infrastruktur für unsere Altersmedizin sicherstellen

Projekttablauf / Methodik:

Während des Umbaus wurden die Bodenbeläge ersetzt, die Wände neu gestrichen und die Duschkabinen renoviert. Der grosse Balkon der Bettenstation wurde in einen Wintergarten umgewandelt, der von den Patienten und ihren Angehörigen als Begegnungs- und Aufenthaltsraum genutzt werden kann. Zudem wurde beim Umbau das neue Farb- und Gestaltungskonzept des Spitals umgesetzt: Mit dem gezielten Einsatz von Wandfarben und grossflächigen Wandbildern wird eine Atmosphäre geschaffen, welche die Genesung der Patienten fördern soll. Gerade bei älteren und zum Teil verwirrten Patienten ist es wichtig, mit Gestaltungselementen die räumliche Orientierung zu unterstützen. So ist nun jedes Zimmer mit einem Bild und einem zugehörigen Namen gekennzeichnet.

Involvierte Berufsgruppen: Ganzer Betrieb

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die renovierte geriatrische Bettenabteilung konnte im August 2018 nach zweimonatiger Bauphase wiedereröffnet werden. Die angenehme Atmosphäre und die auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmte Infrastruktur wird von Patienten, Besuchern und Mitarbeitenden sehr geschätzt.

18.2.2 Optimierung CIRS

Projektart: Qualitätsprojekt

Projektziel:

Überarbeitung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS) inklusive Einführung einer neuen Software zur Fallfassung und Fallbearbeitung.

Projekttablauf / Methodik:

Das CIRS ist ein wichtiger Bestandteil des Klinischen Risikomanagements. Um eine nutzerfreundliche Fallmeldung und -bearbeitung zu gewährleisten sowie das Controlling der Meldungen über den gesamten Bearbeitungszyklus zu vereinfachen wurde entschieden, den spitalinternen CIRS-Prozess zu optimieren. In diesem Zusammenhang fanden mehrere Treffen mit den Meldekreisverantwortlichen statt um Verbesserungsmöglichkeiten der bestehenden Vorgehensweisen zu erfragen. Es wurden neue Meldekreise definiert und eine neue Software zur Fallbearbeitung eingeführt.

Involvierte Berufsgruppen:

Die Meldekreisverantwortlichen aller CIRS-Meldekreise, CA - Institut für Anästhesie und Intensivmedizin, Pflegeexperte, Abteilung Prozess- und Qualitätsmanagement

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Durch die Einführung einer neuen Fallbearbeitungssoftware sowie die Neuverteilung der Meldekreise wurde die Fallbearbeitung erleichtert und Massnahmen können noch gezielter umgesetzt werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung ZSVA nach ISO 13485:2016

Projektart: Zertifizierungsprojekt

Projektziel:

Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) ist erfolgreich nach EN ISO 13485:2016 zertifiziert.

Projekttablauf / Methodik:

Der Ablauf richtete sich nach dem internen Projektmanagementstandard sowie den Anforderungen der Norm:

- Erhebung der Anforderungen für eine Zertifizierung nach EN ISO 13485:2016
- Erstellung der Prozesslandkarte für die ZSVA
- Definition aller relevanten Prozesse und Verantwortlichkeiten
- Für Wiederaufbereitung von Medizinprodukten relevante Gesetze, Normen und Vorschriften wurden in aktuellster Form angeschafft und deren Einhaltung kontrolliert
- Kontrolle aller Wartungs-, Validierung und Prüfberichte der technischen Infrastruktur
- Erstellung einer Kooperationsvereinbarung mit den beteiligten Schnittstellen
- Durchführung eines Internen Audits

Involvierte Berufsgruppen: Mitarbeitende der ZSVA, OP-Pflege, Technik, Einkauf, IT, Reinigung

Konsequenzen:

- Die Zertifizierung wurde im Januar 2018 erfolgreich bestanden.
- Die Wiederaufbereitung von Medizinprodukten erfolgt nach zertifiziertem Standard.

Weiterführende Unterlagen:

- Gute Praxis zur Aufbereitung von Medizinprodukten
- Alle für Wiederaufbereitung von Medizinprodukten relevante Gesetze, Normen und Vorschriften

19 Schlusswort und Ausblick

Angebot weiterentwickeln

Das Spital Männedorf arbeitet weiter daran, das Angebotsportfolio gezielt auf die Bedürfnisse der Bevölkerung am rechten Zürichseeufer abzustimmen und weiterzuentwickeln. Geplante Massnahmen sind die Realisierung des zweiten MRI-Instituts in Meilen und ein weiterer Ausbau des Angebots in der Viszeralchirurgie, Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie und Palliative Care.

Infrastruktur zweckmässig ausnutzen

Die moderne Infrastruktur soll durch noch mehr elektive Eingriffe besser ausgelastet werden, um die saisonalen Schwankungen abzufedern. Dies möchte das Spital Männedorf vor allem durch den weiteren Ausbau bei der Zusammenarbeit mit den Belegärzten und Kooperationspartnern erreichen. Die bestehende Infrastruktur wird weiter modernisiert und es steht die Renovation der Palliativstation und der Physiotherapie an.

Wichtige Kooperation

In der heutigen Zeit sind Kooperationen unabdingbar, um den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung bieten zu können. Im Jahr 2018 wird das Spital Männedorf die bereits längjährig bestehende Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich weiter vertiefen und vor allem im Bereich Viszeralchirurgie noch enger zusammenarbeiten. Zudem wird die Kooperation mit der Permanence Rapperswil-Jona vertieft.

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 spitalinformation.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) |
| Wundpatienten |
| Hals-Nasen-Ohren |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) |
| Hals- und Gesichtschirurgie |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen |
| Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen) |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie |
| Nerven medizinisch (Neurologie) |
| Neurologie |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems |
| Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) |
| Hormone (Endokrinologie) |
| Endokrinologie |
| Magen-Darm (Gastroenterologie) |
| Gastroenterologie |
| Spezialisierte Gastroenterologie |
| Bauch (Viszeralchirurgie) |
| Viszeralchirurgie |
| Bariatrische Chirurgie |
| Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM) |
| Blut (Hämatologie) |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome |
| Gefässe |
| Interventionen periphere Gefässe (arteriell) |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik) |
| Herz |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) |
| 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 |
| Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang |
| Plastische Rekonstruktion der Urethra |
| Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters |
| Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) |
| Pneumologie |
| Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie |
| Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie) |
| Thoraxchirurgie |
| Bewegungsapparat chirurgisch |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| Wirbelsäulenchirurgie |
| Rheumatologie |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |
| Gynäkologie |
| Gynäkologie |
| Maligne Neoplasien des Corpus uteri |
| Maligne Neoplasien des Ovars |
| Maligne Neoplasien der Mamma |
| Geburtshilfe |
| Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und \geq 2000g) |
| Neugeborene |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g) |
| Strahlentherapie (Radio-Onkologie) |
| Onkologie |
| Radio-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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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.spitalinformation.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**).