

Spital Männedorf



Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

13.09.2016
Daniela Kaiser, Leiterin Prozess- & Qualitätsmanagement

Version



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 2015.

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 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 2015

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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](#)) hnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / 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 adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



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 2015	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	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	10
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	16
Befragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	17
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung	19
5.2.2 OPF (VZK Messplan)	21
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Mitarbeiterzufriedenheit	22
6.1 Eigene Befragung	22
6.1.1 Mitarbeiterbefragung (VZK Messplan)	22
7 Zuweiserzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Zuweiserbefragung (VZK Messplan)	24
Behandlungsqualität	25
8 Wiedereintritte	25
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	25
9 Operationen	27
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	27
10 Infektionen	29
10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	29
11 Stürze	31
11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	31
11.2 Eigene Messung	32
11.2.1 Qualitätsmessung Sturzgefährdung (VZK Messplan)	32
12 Wundliegen	33
12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	33
13 Projekte im Detail	35
13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	35
13.1.1 Einführung von Prozessmanagement	35
13.1.2 Neubewertung Klinik Informationssystem	36
13.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	37

13.2.1	Einführung eines Dokumentenmanagementsystems.....	37
13.2.2	Einführung von Materialkanban	38
13.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	38
13.3.1	Zertifikat "Qualität in Palliative Care"	38
14	Schlusswort und Ausblick	39
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		40
Akutsomatik		40
Herausgeber		43

1 Einleitung

Als Drehscheibe im Gesundheitswesen der Region pflegt das Spital Männedorf eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Gesundheitsdienstleistern. Damit kann Männedorf eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung bieten. Das Ziel des Spitals Männedorf ist es, den Menschen in der Region als Gesundheitsplattform zu dienen. Mit den rund 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den 56 am Spital tätigen Belegärzten deckt das Spital neben der Grundversorgung rund 35 verschiedene medizinische Fachgebiete ab. Die enge Zusammenarbeit und gute Vernetzung mit unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistern spielt dabei eine zentrale Rolle. So pflegt das Spital Männedorf enge Kooperationen mit dem Universitätsspital Zürich und der Klinik Hirslanden, aber auch mit verschiedenen vor- und nachgelagerten Dienstleistern wie dem Psychiatriezentrum Männedorf, der Spitex und verschiedenen Pflegeeinrichtungen. Neben qualifizierten Mitarbeitenden und der guten Vernetzung mit diversen Partnern bildet auch die moderne Infrastruktur, die das Spital Männedorf seit der Inbetriebnahme des neuen Behandlungstraktes im Sommer 2015 bietet, eine wichtige Grundlage, um die Aufgabe als Gesundheitsplattform der Region wahrnehmen zu können. Im vergangenen Jahr hat das Spital ein einheitliches Prozess- und Qualitätsmanagement auf der Basis der Lean-Philosophie eingeführt mit dem Ziel, alle Prozesse konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten. Mit dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess soll das Qualitätsdenken als Bestandteil der täglichen Spitalarbeit weiter an Bedeutung gewinnen und für Patienten messbare Vorteile bringen. Der vorliegende, erste Qualitätsbericht des Spitals Männedorf ist Anstoss und Motivation, die Qualität unserer Dienstleistung im Sinne unserer Patienten immer wieder ins Zentrum zu rücken.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

Bemerkungen

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

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

Frau Jana Hennings
Mitarbeiterin Prozess- und
Qualitätsmanagement
Spital Männedorf AG
+41 (0)44 922 2997
j.hennings@spitalmaennedorf.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

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

Die in der Spitalstrategie verankerten Aussagen zur Behandlungsqualität werden in folgenden Qualitätszielen 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 aller 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.
- Prozessorientiertes Denken und Handeln sowie die ständige Verbesserung derselben ist die Grundlage für die Behandlungsqualität und führt zu preiswerten Leistungen, 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 nach den aktuellsten Standards der medizinischen Wissenschaften auszurichten.
- 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 Ergebnismessungen ist sichergestellt.
- Die Kreativität und Erfahrung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verbesserung der Behandlungsqualität wird genutzt.
- 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.
- Durch die Zusammenarbeit mit den internen und externen Kooperationspartnern und den optimierten Informationsaustausch können die an uns gestellten Qualitätsansprüche erfüllt werden.
- Akkreditierungen oder Zertifizierungen werden durchgeführt, wenn diese zwingend sind, einen wesentlichen Entwicklungsschritt in der Behandlungsqualität ermöglichen oder Marktvorteile als Anbieter entstehen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

Im Berichtszeitraum 2015 lagen die Qualitätsschwerpunkte in der:

- Standardisierung von Behandlungsabläufen
- Reduktion von postoperativen Wundinfektionen
- Nutzung von Patientenfeedback zur kontinuierlichen Verbesserung interner Prozesse
- Überarbeitung des Critical Incident Reporting System (CIRS)

Ein besonderer Fokus wurde auf die Einführung von Lean Management gelegt, um Patientenwert in den internen Abläufen zu steigern.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

Ausgewählte Themen und Projekte:

1. Etablierung von Methodiken für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in vielen Bereichen
2. Einführung eines elektronischen Dokumentenmanagementsystems inklusive Definition eines Dokumentenmanagement Standards
3. Standardisierung der Bearbeitung von Patientenfeedback inkl. regelmässige Auswertungen und Kommunikation an die Spitalleitung und alle Mitarbeitenden
4. Einführung von Behandlungspfaden
5. Erstellung einer für alle Mitarbeiter obligatorischen Schulungsmassnahme zum Thema Händehygiene und Teilnahme am WHO Projekt "Save Lives: Clean Your Hands"
6. Weiterentwicklung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS)
7. Durchführung aller im Messplan des ANQ und VZK vorgegebenen Qualitätsmessungen
8. Erfolgreiche Revalidierung der Erfassungsqualität von postoperativen Wundinfektionen (SwissNoso)
9. Erfolgreiche Rezertifizierung "Baby Freundliches Spital" (Unicef) mit nachgewiesener Verbesserung der Stillqualität
10. Erfolgreiche Auditierung zum Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (H+Branchenlösung)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ausgewählte Themen:

1. Validierung 10 Jahre CIRS durch die Gesundheitsdirektion
2. Zertifizierung nach dem Qualitätslabel "Qualität in Palliative Care"
3. Etablierung von Methodiken für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in allen Bereichen
4. Re-Zertifizierung des Rettungsdienstes nach ISO 9001:2008

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>
▪ 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
▪ Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Sturzgefährdung
▪ Zuweiserbefragung
▪ OPF, Outcome Patientenfragebogen
▪ Mitarbeiterbefragung

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>
▪ Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung
▪ OPF (VZK Messplan)
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung (VZK Messplan)
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung (VZK Messplan)
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Qualitätsmessung Sturzgefährdung (VZK Messplan)

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung von Prozessmanagement

Ziel	Patientenorientierte Ausrichtung der internen Abläufe
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	

Neubewertung des Klinik Informationssystems (KIS)

Ziel	Bewertung des derzeitigen Klinik Informationssystems (KIS)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	

Einführung eines Dokumentenmanagementsystems

Ziel	Zentrales Management und Standardisierung prozessrelevanter Dokumente zur Schaffung einer Grundlage für Prozessoptimierungsaktivitäten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	

Einführung von Materialkanban

Ziel	Auslagerung des Zentrallagers zur Reduzierung interner administrativer Aufwände und Materialbestände
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	

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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. 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.

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	krebsliga-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

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	2016	International anerkannte Qualitätsauszeichnung.
ISO: 9001:2008	Onkologie Zentrum	2010	2016	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	2015	Das Zertifikat Swiss Cancer Network hat zum Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsqualität für Tumorkrankpatienten zu fördern.
IVR Interverband für Rettungswesen	Rettungsdienst	2010	2014	Durchführung von Qualitätskontrollen bei den Rettungsdiensten (Anerkennungsverfahren)
AGO (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie)	Gynäkologie	2015	2015	onkologische Diagnostik und Therapie im Bereich der Gynäkologie

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). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Spital Männedorf AG				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.21	8.86	9.16	8.84 (8.53 - 9.15)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.80	8.75	8.89	8.79 (8.55 - 9.02)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.02	8.86	9.06	8.97 (8.73 - 9.21)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.84	8.60	8.79	8.73 (8.48 - 8.97)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.39	9.33	9.29	9.13 (8.89 - 9.37)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Spital Männedorf AG			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	483		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	191	Rücklauf in Prozent	40 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung

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

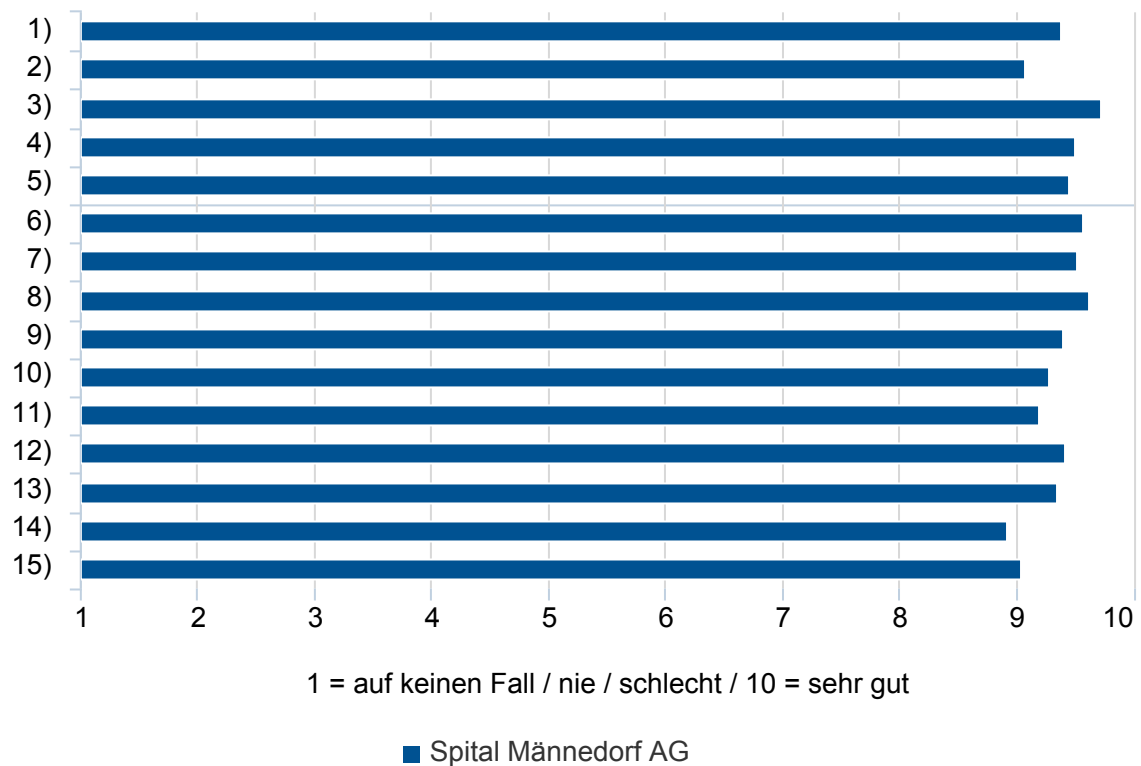
Im Jahr 2015 haben wir einen Patientenfragebogen unter Einbeziehung der vom ANQ verwendeten Fragestellungen entwickelt. Dieser bietet die Möglichkeit, unser Spital anhand von konkreten Fragestellungen auf einer Skala von 1-10 zu bewerten. Darüber hinaus können im Freitext Verbesserungsvorschläge und Bemerkungen formuliert werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Alle stationären Patienten erhalten den Bewertungsbogen bei Eintritt von der Patientenaufnahme. Für die ambulanten Sprechstunden, Therapien, Beratungen und den Notfall liegen die Bögen im Wartebereich aus. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Wiederkommen
- 2) Wartezeiten
- 3) Respekt und Würde
- 4) Informationen - von Ärzten
- 5) Informationen - von Pflegenden
- 6) Qualität der Behandlung - Ärzte
- 7) Qualität der Behandlung - Pflege
- 8) Qualität der Behandlung - Physiotherapie
- 9) Qualität der Behandlung - Sozialdienst
- 10) Qualität der Behandlung - Ernährungsberatung
- 11) Qualität der Behandlung - Roomservice
- 12) Qualität der Behandlung - Insgesamt
- 13) Sauberkeit
- 14) Speisen und Getränke
- 15) Beschilderung



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Männedorf AG	9.39	9.07	9.72	9.50	9.46

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Spital Männedorf AG	9.58	9.52	9.62	9.40	9.28

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Fragen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	11)	12)	13)	14)	15)		
Spital Männedorf AG	9.19	9.42	9.35	8.92	9.04	499	11.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse der Bewertungen werden für alle Mitarbeitenden quartalsweise publiziert. Lobe, Kritiken und Verbesserungsvorschläge von unseren Patienten werden kontinuierlich an die betreffenden Bereiche weitergeleitet und werden bei der Umsetzung von internen Projekten berücksichtigt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Bewertungsbogen Spital Männedorf
---	----------------------------------

5.2.2 OPF (VZK Messplan)

Ziel der anonymen Befragung anhand eines Fragebogens (Outcome Patientenfragebogen) war die systematische und messbare Erfassung der Patientenzufriedenheit. Auf Grundlage dieser Daten sollen Verbesserungspotentiale unserer internen Abläufe identifiziert werden und durch geeignete Massnahmen optimiert werden. Im Fragebogen werden vom Patienten Fragen zu konkreten Themen z.B. Eintritt, Medizinische Information, Behandelnde Ärzte, Einbezug in die Behandlung, Pflegende auf der Station beantwortet.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 01.09.2015 bis 22.11.2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Patienten aller Stationen (Ausnahme: Wöchnerinnen) haben im festgelegten Zeitraum nach ihrem Spitalaufenthalt einen standardisierten Fragebogen per Post erhalten. Die Auswertung erfolgte über ein unabhängiges Messinstitut.

Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Abweichungen vom Benchmark.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die aus der Befragung gewonnenen Daten und übermittelten Patientenkommentare wurden intern ausgewertet und bei der Festlegung von Bereichsstrategien berücksichtigt. Zum Teil wurden bereits Verbesserungsinitiativen gestartet.

Die bereits identifizierten Handlungsfelder wurden durch diese Befragung bestätigt.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	OPF

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.

6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

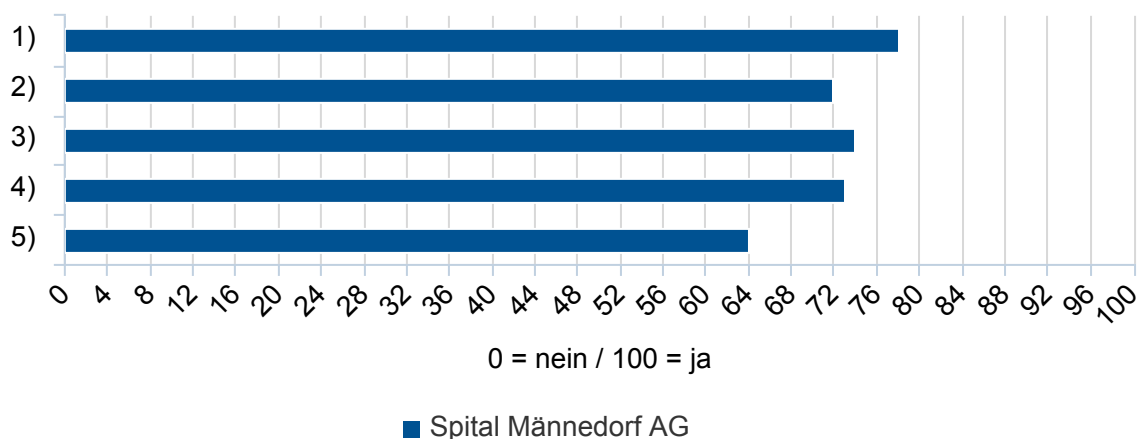
6.1.1 Mitarbeiterbefragung (VZK Messplan)

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 Monat September in allen Abteilungen durchgeführt. Die gesamte Mitarbeiterschaft wurde befragt. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fachthemen

- 1) Commitment
- 2) Zufriedenheit
- 3) Keine Resignation
- 4) Weitere Empfehlung des Arbeitgebers
- 5) Attraktivität Arbeitgeber



Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Fachthemen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)	5)		
Spital Männedorf AG	78.00	72.00	74.00	73.00	64.00	416	56.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse wurden intern offen publiziert und analysiert. Geeignete Massnahmen zur Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und des Commitments werden auf Bereichs-, Abteilungs- und Teamebene abgeleitet und nach einem definierten Zeitplan umgesetzt und nachverfolgt. Um eine nachhaltige, kontinuierliche Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit nachzuweisen, wird die Umfrage im 2-jährigen Intervall wiederholt.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	online Befragung

7 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.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Zuweiserbefragung (VZK Messplan)

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 vom Oktober 2015 bis November 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Allen zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, die mindestens zwei Patienten im Vorjahreszeitraum zugewiesen haben, wurde ein Fragebogen zugesandt (insgesamt 118 Zuweiser). Die Rücklaufquote war mit 29% überdurchschnittlich hoch.

Erfreulich war das Ergebnis hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Zuweisern: das kollegiale Verhältnis und die gegenseitige Wertschätzung bilden eine gute Basis für die umfassende Betreuung von Patienten.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

In folgenden Bereichen wurde Optimierungsbedarf identifiziert:

- Behandlungsberichte
- Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Fragebogen (KEF_CH)

Behandlungsqualität

8 Wiedereintritte

8.1 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, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. 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

		2012	2013	2014	2015
Spital Männedorf AG					
Beobachtete Rate	Intern:	5.20%	4.48%	4.17%	-
	Extern:	0.02%	0.06%	0.10%	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		4.96%	4.77%	4.54%	- (- - -)
Ergebnis** (A, B oder C)		B	B	B	

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 (Verhältnis beobachtete Rate/erwartete Rate= 0.95). Die Messergebnisse des Berichtsjahres 2015 liegen noch nicht vor.

Angaben zur Messung

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 2015:	0	

9 Operationen

9.1 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 werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. 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

	2012	2013	2014	2015
Spital Männedorf AG				
Beobachtete Rate	2.15%	1.73%	2.38%	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.43%	2.32%	2.05%	- (- - -)
Ergebnis** (A, B oder C)	A	A	C	

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

- A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
- B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
- C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 des Berichtsjahres 2015 liegen noch nicht vor.

Angaben zur Messung

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 Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Spital Männedorf AG		
Anzahl auswertbare Operationen 2015:	0	

10 Infektionen

10.1 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 ab dem 1. Oktober 2014 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 und herz-chirurgischen Eingriffen) 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)

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Spital Männedorf AG						
Gallenblasen-Entfernungen	118	4	11.10%	7.06%	6.84%	3.40% (0.90% - 8.50%)
Blinddarm-Entfernungen	67	2	23.70%	5.70%	4.49%	3.00% (0.40% - 10.40%)
Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	17	0	0.00%	10.00%	4.76%	0.00% (0.00% - 19.50%)
Dickdarmoperationen (Colon)	58	4	10.30%	16.70%	4.17%	6.90% (1.90% - 16.70%)

* 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 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 aktuellen Infektionsraten bestätigen die Wirksamkeit der umgesetzten Massnahmen. Die auftretenden Infektionen werden weiterhin interprofessionell analysiert. Ab Oktober 2015 werden zusätzlich Hüftimplantationen erfasst.

Angaben zur Messung

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.

11 Stürze

11.1 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.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Spital Männedorf AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	1	1	4	2
In Prozent	1.50%	2.60%	4.90%	2.70%

Bei den hier publizierten Ergebnissen 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 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 konnte gegenüber der Vorjahresmessung halbiert werden (4 Patienten, 4.9%). Darüber hinaus hat zusätzliche eine 16-wöchige Erhebung der Sturzgefährdung im Rahmen des Messplan VZK stattgefunden.

Weitere Massnahmen / Präventivmassnahmen:

- Richtlinie zur Sturzprävention vorhanden.
- Sturzereignisse werden kontinuierlich dezentral (auf der Station) erfasst.
- In den letzten 2 Jahren fand eine Fortbildung zum Thema Bewegung und Mobilisation für das Pflegepersonal statt.
- Bei der Verlegung eines Patienten in eine andere Institution werden standardisiert patientenbezogene Daten zu Sturz und Sturzgefahr weitergegeben.

In 2016 wird die Erfassung der Sturzgefährdung durch die Einführung eines ergebnisorientierten Pflegeassessments (ePA AC) weiter standardisiert.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 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	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, ▪ Säuglinge der Wochenbettstation, ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Spital Männedorf AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	75	Anteil in Prozent (Antwortrate)	77.30%

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Qualitätsmessung Sturzgefährdung (VZK Messplan)

Das Ziel dieser Qualitätsmessung ist die umfassende Erhebung und Analyse von Daten zum Thema Sturzgefährdung, um Sturzereignisse im Spital zu verhindern.

Die Datenerhebung hat über einen 16-wöchigen Zeitraum stattgefunden. Mehr als 1800 Erhebungsbögen wurden ausgefüllt.

Erfasst wurden aktuelle klinische Patientenmerkmale (Risikofaktoren), die Beurteilung der Sturzgefährdung, präventive Massnahmen, Informationen zu Sturzereignissen (inklusive resultierende Abklärungen/Therapiemassnahmen) und der Informationsfluss hinsichtlich einer bestehenden Sturzgefährdung eines Patienten bei Austritt aus dem Spital an weitere Leistungserbringer.

Diese Messung haben wir vom 24.08.2015 bis 11.12.2015 in allen Abteilungen durchgeführt. Eingeschlossen waren alle stationären Patienten über 16 Jahre mit einem stationären Aufenthalt von mehr als 24 Stunden.

Die Erhebung hat gezeigt, dass im spitalinternen Ablauf sturzgefährdete Patienten frühzeitig bei Eintritt erkannt werden. Präventive Massnahmen werden rechtzeitig eingeleitet und ggf. interdisziplinär besprochen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Um die Sturzrate weiter zu minimieren wurden darüberhinaus folgende Massnahmen definiert:

- konsequente, standardisierte Erhebung der Sturzgefährdung jedes Patienten
- detaillierte Ursachenanalyse bei erfolgten Stürzen

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Erhebungsbogen Sturzgefährdung (TP01)

12 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.

12.1 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.

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. 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

Vorjahreswerte					Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
2012	2013	2014				
Spital Männedorf AG						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	7	3	7	6	8.10%
	ohne Kategorie 1	4	2	3	3	4.10%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	1	3	3	4.10%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	1	1	1	1.40%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	6	2	4	3	4.10%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	4	1	2	2	2.70%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 Prävalenzmessung hat gezeigt, dass sich die Dekubitusrate im Spital Männedorf auf einem gleichbleibend niedrigem Niveau befindet. Die niedrige Rate, der im Spital erworbenen Dekubiti, lässt sich auf die gezielte Dekubitusprophylaxe zurückführen.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, ▪ Säuglinge der Wochenbettstation, ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Spital Männedorf AG			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	75	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	77.30%

13 Projekte im Detail

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

13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

13.1.1 Einführung von Prozessmanagement

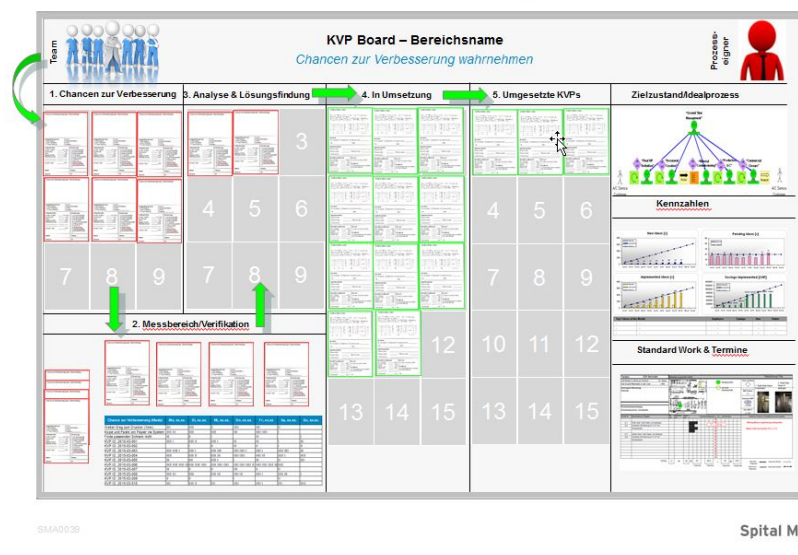
Als Teil der Spitalstrategie ein Prozessorientiertes Managementsystem einzuführen und damit die internen Abläufe Kunden- und nicht Organisationszentriert auszurichten, wurde die Lean Management Philosophie gewählt und ein internes Supportteam mit diesem Fokus etabliert (Okt.2014).

Neben der Bereitstellung grundsätzlicher Richtlinien für Prozess-, Dokumenten- und Qualitätssicherung wurden einheitliche Methoden und Werkzeuge zur Umsetzung von KVP (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess) entwickelt und in unterschiedlichen Bereichen des Spitals implementiert. Dies beinhaltet beispielsweise die Einführung von monatlichen Schulungen zu Lean Management Grundlagen, die Durchführung von Lean Projekten oder kleineren Verbesserungseinheiten mittels dem sog. KVP-Board. Nach jeder Verbesserung wird der neue Standard dokumentiert, in Form von Richtlinien, Standard Arbeitsabläufen (SOPs), wie Behandlungspfaden oder Mitgeltenden Dokumenten (Checklisten, Formulare, Merkblätter etc.). Alle Abläufe und Dokumente werden im zentralen Dokumentenlenkungssystem (DMS) abgelegt und gelenkt.

Die Methodik folgt dabei dem bekannten PDSA (Plan-Do-Study-Act) oder DMAIC (Define-Measure-Analyse-Improve-Control) Zyklen und involviert möglichst alle Prozessnutzer eines Ablaufes.

Involvierte Berufsgruppen beispielsweise in Prozessverbesserung mittels KVP Board bis Ende 2015: Reinigung, Pflegestation (Privatstationen), Physiotherapie, ERB, MarKom und Küche. Ein Beispiel des KVP Boards befindet sich im Bild unten.

KVP Board – Chancen zur Verbesserung wahrnehmen



Ein weiterer essentieller Teil von Prozessmanagement ist die Führung mittels Prozesskennzahlen. Sofern nicht bereits durch Verbesserungsinitiativen implementiert, ist die Entwicklung aussagekräftiger Dashboards Teil der Qualitätsstrategie 2016.

13.1.2 Neubewertung Klinik Informationssystem

Projektart: IT Projekt

Projektziel: Bewertung des Klinik Informationssystems (KIS)

Projektablauf/Methodik: Das aktuelle KIS wurde mit einer umfassenden Datenerhebung über 6 Monate bewertet und als Output der Entscheid für eine Ausschreibung getroffen. Das Vor-Projekt wurde im Einladungsverfahren und in Anlehnung an die Methodik von PMBOK durchgeführt. In der Initialisierungsphase wurde ein Pflichtenheft erarbeitet und das Projekt in den strategischen Rahmen der Applikationsstrategie eingebettet. In der Planungsphase wurden Projektplan, Projektorganisation (inkl. Lenkungsausschuss) und alle notwendigen Lieferobjekte definiert, die für eine erfolgreiche Evaluation des zukünftigen KIS notwendig sind.

In der Realisierungsphase 2016 wird das Vorprojekt abgeschlossen und bei einer erfolgreichen Ausschreibung ein zukünftiges Produkt gewählt. Die Einführung des neuen KIS ist für 2017/2018 geplant, soll Doppelspurigkeiten in der medizinischen Dokumentation massgeblich reduzieren und so Patientensicherheit erhöhen.

Involviert wurden alle klinischen und administrativen Berufsgruppen, die im KIS dokumentieren, sowie alle Berufsgruppen, die eine Schnittstelle zum zukünftigen KIS aufweisen.

Das Projekt wird Ende August 2016 abgeschlossen und endet mit der Auswahl und der Vertragsunterzeichnung mit dem zukünftigen Partner für das Klinikinformationssystem im Spital Männedorf.

13.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

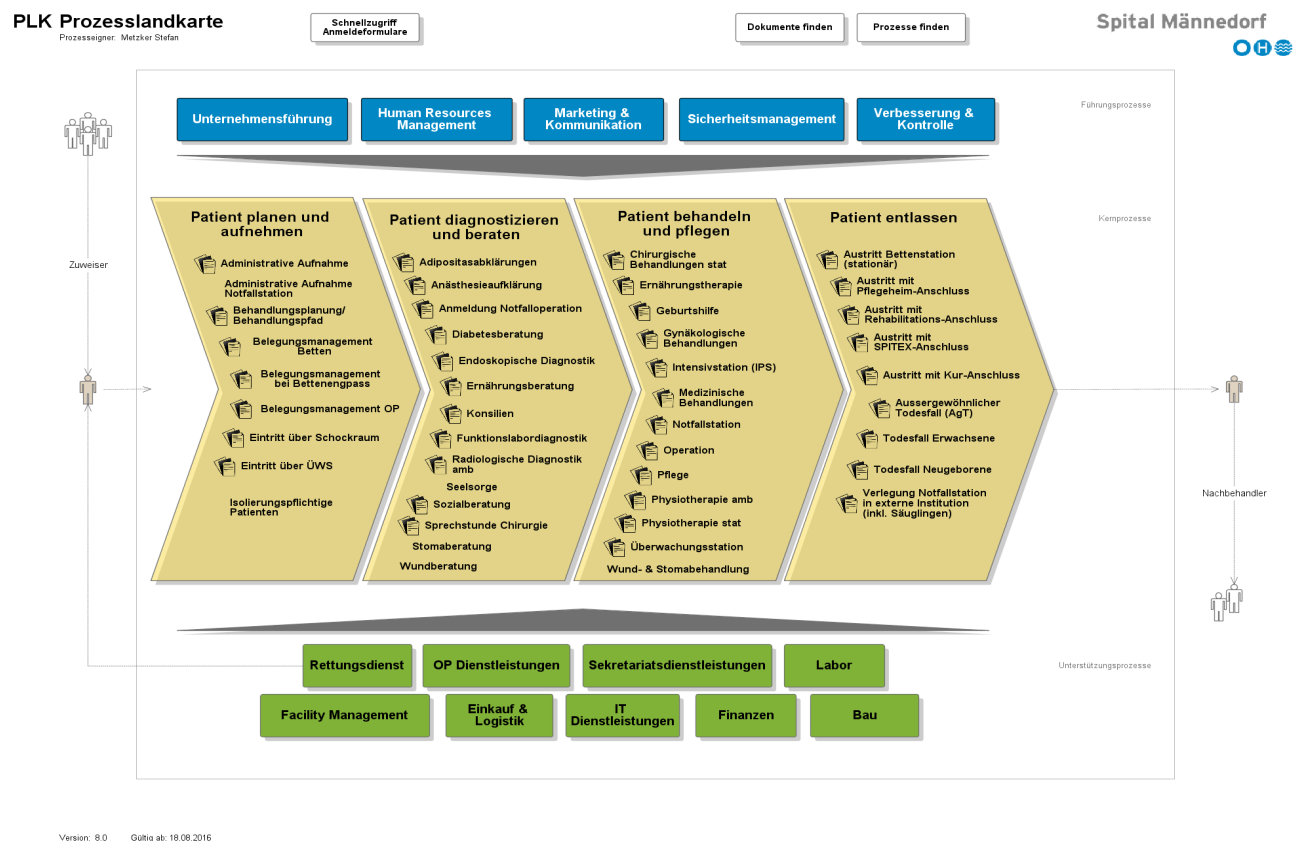
13.2.1 Einführung eines Dokumentenmanagementsystems

Im Rahmen der strategischen Massnahme "Prozessmanagement einführen" wurde als Teilprojekt ein neues Dokumentenmanagementsystem des Berner Anbieters IQSoft eingeführt und damit ein obsoletes Produkt ersetzt.

Projektziele waren:

- eine zentrale Dokumentation von Führungs-, Kern- und Supportprozessen, sowie Dokumenten zur einfacheren Auffindbarkeit für Mitarbeitende
- eine Standardisierung bei der Dokumentation von Prozessen und Vorgabedokumenten
- eine klare Definition von Prozesseignern insbesondere für Schnittstellenprozesse
- die Schaffung einer Grundlage für Prozessoptimierungsaktivitäten
- die Optimierung von Anmeldeformularen für Zuweiser und interne Ärzte
- eine Erleichterung bei Ausbildung und Einführung neuer Mitarbeiter, insbesondere in arbeitsorganisatorischer Hinsicht

Methodisch wurde das Projekt mit der Definition der spitalweiten Prozesslandkarte (siehe Abbildung) begonnen, während parallel die zentrale Dokumentendatenbank gefüllt wurde. In meist interdisziplinären Workshops von ca. 1.5h wurden dann die IST-Abläufe gemeinsam dokumentiert und die relevanten Dokumente verlinkt. Alle Berufsgruppen wurden involviert.



Das Projekt wurde innerhalb der vorgegebenen Parameter und mit dem "Go Live" abgeschlossen und kann als erfolgreich bezeichnet werden. Das System wird aktiv genutzt, der Output aus dem Workshops in zahlreichen Ablaufoptimierungsinitiativen (KVP) verarbeitet.

13.2.2 Einführung von Materialkanban

Die Einführung von Materialkanban steht im Zusammenhang mit dem strategischen Projekt "Outsourcing Materiallager".

Projektziel war die Auslagerung des Zentrallagers an die Geblog Med AG in Altendorf (SZ), um interne Materialbestände zu reduzieren und Ressourcen statt für administrative Verwaltungstätigkeiten für die Stationsversorgung zu nutzen.

Projektablauf:

In einem ersten Schritt wurden, durch eine eigens für das Projekt gegründete Materialkommission mit Vertretern aus den Bereichen Pflege, Ärzteschaft, OPs, IPS und Administration, die einzelnen Artikel geprüft und mit dem Geblog Sortiment verglichen. Insgesamt konnten 800 Artikel eliminiert und die Anzahl der Lieferanten gestrafft werden.

Das System für die Bestellauslösung und den Wareneingang wurde dem zentralen Partner angepasst und die internen Schranksysteme nach der neuen Lieferungsmethodik bestückt (Materialkanban). Mitarbeitende wurden im Umgang mit den Kanbankärtchen geschult.

Die Einführung von Materialkanban stellt die Materialversorgung auf den Stationen sicher und reduziert Suchzeiten. Gleichzeitig konnten der administrative Aufwand für die Materialverwaltung und Kosten für die Materiallagerung reduziert werden.

Das Projekt hat die Erwartungen erfüllt und das Spital Männedorf fit gemacht für die künftigen Herausforderungen in der Logistik. Insgesamt ein Vorzeigeprojekt mit Vorbildcharakter auch für andere Institutionen. Durch dieses Projekt kam es zu einer nicht unwesentlichen Stärkung der GMAG / Geblog Gruppe.

13.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

13.3.1 Zertifikat "Qualität in Palliative Care"

Die Palliativstation des Spitals Männedorf wurde durch die Stiftung „sanaCERT Suisse“ im April 2016 erfolgreich zertifiziert.

Dabei wurde bestätigt, dass die Kriterien zur Vergabe des Labels „Qualität in Palliative Care“ erfüllt sind und die Qualität der hoch spezialisierten Palliative Care, welche am Spital Männedorf betrieben wird, gegeben ist.

Die Palliativstation des Spitals Männedorf blickt bereits auf eine erfolgreiche Geschichte zurück. Im April 2012 wurde sie offiziell eröffnet und das Team konnte seither zahlreichen Patienten in schwierigen Situationen helfen und sie auf ihren Lebenswegen begleiten. In den letzten Jahren wurde die Zahl der Betten erhöht, neue Räume wurden gestaltet und die Interprofessionalität hat sich weiter entwickelt, was sich auch am wöchentlichen interprofessionellen Palliativrapport zeigt. Das Palliativteam besteht nicht nur aus Pflegenden und Ärzten, sondern wird ergänzt durch die Mitarbeit von Sozialberatung, Seelsorge, Ernährungs-, Physio-, Ergotherapie und Psychoonkologie.

2015 wurden 170 Patientinnen und Patienten auf der Palliativstation des Spitals Männedorf professionell gepflegt und umsorgt.

Links: [Palliative Care am Spital Männedorf](#), [palliative.ch](#)

14 Schlusswort und Ausblick

Das Spital Männedorf blickt auf ein erfolgreiches 2015 zurück: im Jahr 2015 wurden 7470 Patientinnen und Patienten (+3.7%) behandelt und 7% mehr Pflegetage als im Vorjahr verzeichnet. Auch die Auslastung konnte um 2.4 Prozentpunkte gesteigert werden und betrug 88.7%, und dies obwohl eine zusätzliche Bettenstation mit 17 Betten wiedereröffnet wurde.

Besseres Angebot

Dieses positive Ergebnis ist unter anderem auf die Weiterentwicklung des Angebotsportfolios zurückzuführen, welches noch gezielter auf die Bedürfnisse der Bevölkerung am rechten Zürichseeufer abgestimmt wurde. So wurde Mitte Jahr mit dem Aufbau der Akutgeriatrie begonnen und im Bereich der Tumorbehandlungen wurde die Zusammenarbeit mit verschiedenen externen und internen Spezialisten weiter ausgebaut. Dank der engen Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich, der Klinik Hirslanden, dem Brustzentrum Zürich und der Radiotherapie Hirslanden in Männedorf kann das Spital Männedorf die gesamte Tumorbehandlung von der Diagnose bis zur Nachsorge vor Ort anbieten. Weiter wurde die Zusammenarbeit mit den Belegärzten in den Bereichen Orthopädie, Urologie und Bariatrie (Chirurgie bei Übergewicht) gestärkt. In diesen Disziplinen wurden deutlich mehr Patientinnen und Patienten als im Vorjahr behandelt. Durch die Fokussierung auf die Grundversorgung und spezifische anspruchsvolle Schwerpunkte verzeichnete das Spital einen deutlichen Anstieg der Fallschwere. Gekoppelt mit den steigenden Patientenzahlen im ambulanten und stationären Bereich schloss das Spital Männedorf das Jahr 2015 bei einem Umsatz von 111.6 Millionen Franken (+ 11.2%) mit einem Gewinn von 2.3 Millionen Franken ab.

Topmoderne Infrastruktur

Ein grosser Meilenstein stellte im vergangenen Jahr die Fertigstellung der zweiten Etappe der Gesamterneuerung des Spitals Männedorf dar. Die Bauarbeiten konnten termingerecht und unter Einhaltung des Budgets abgeschlossen werden. Der neue Behandlungstrakt umfasst fünf Operationssäle, Notfall- und Intensivstation, Sprechstundenabteilungen, zentrale Sterilgutaufbereitung, Restaurant und Küche. Dank dem neuen Behandlungstrakt kann das Spital Männedorf der Bevölkerung eine topmoderne Infrastruktur und damit auch eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung bieten.

Wichtige Kooperationen

In der heutigen Zeit sind Kooperationen unabdingbar, um den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung bieten zu können. Neben den Kooperationen mit dem Universitätsspital Zürich und der Klinik Hirslanden hat das Spital Männedorf im vergangenen Jahr auch die Zusammenarbeit mit der Spitex Zürichsee vertieft, deren Zentrale seit Oktober 2015 in Räumlichkeiten des Spitals untergebracht ist. Zudem verfolgt das Spital Männedorf die Pläne weiter, mit dem Netzwerk der Hausärzte am Pfannenstiel (hapmed AG), im Gebiet der Aktionärsgemeinden Gemeinschaftspraxen aufzubauen.

Gesunde Basis für die Zukunft

Das positive Ergebnis zeigt, dass das Spital Männedorf auf dem richtigen Weg ist. Jetzt gilt es, die Strategie konsequent weiterzuverfolgen, das Angebotsportfolio weiter zu schärfen und die internen und externen Prozesse weiter zu optimieren, um diesen Trend nachhaltig sicherzustellen. Somit hat das Spital 2015 die Basis gelegt, damit auch in Zukunft wichtige Investitionen in die Mitarbeitenden und eine moderne Infrastruktur getätigt werden können.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

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

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
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 chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome

Gefäße
Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße
Interventionen intraabdominale Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
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)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
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
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000\text{g}$)

Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250\text{g}$)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250\text{g}$)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Bemerkungen

Die dargestellten Leistungsgruppen beziehen sich auf Daten aus dem Jahr 2013. Informationen zum aktuellen Leistungsangebot finden Sie auf unserer [Internetseite](#) und der [Zürcher Spitalliste](#).

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.



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**).



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



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