Spital Männedorf

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	30.05.2017	
Durch:	Daniela Kaiser, Leiterin Prozess- und Qualitätsmanagement	Version 2

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 2016.

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 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 2016

Frau
Daniela Kaiser
Leiterin Prozess- und Qualitätsmanagement
+41 (0)44 922 2972
daniela.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 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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) ähnlich 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 Methoden / 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. Diese Publikationen 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 2016 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 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
Die von Seiten des Verbandes Zürcher Krankenhäuser (VZK) vorgegebene Mitarbeiterbefragung wurde bereits 2015 durchgeführt.
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 21

6 Angehörigenzufriedenheit
Der spitaleigene Bewertungsbogen kann ebenfalls von Angehörigen ausgefüllt werden und als Angehörigenfeedback entsprechend gekennzeichnet werden.

7 Mitarbeiterzufriedenheit **22**
7.1 Eigene Befragung 22
7.1.1 Mitarbeiterbefragung (VZK Messplan) 22
7.1.2 Einführungs- und Austrittsmonitoring 22

8 Zuweiserzufriedenheit **23**
8.1 Eigene Befragung 23
8.1.1 Zuweiserbefragung (VZK Messplan) 23

Behandlungsqualität **24**

9 Wiedereintritte **24**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 24

10 Operationen **26**
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 26

11 Infektionen **28**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 28

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
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
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 Spitalstrategie 2.0 37
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 38
18.2.1 Einführung von 5S 38
18.2.2 Bauprojekt - Teilerneuerung 2. Etappe Operations- und Behandlungstrakt 39
18.2.3 Einführung ePA-AC 40
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 41
18.3.1 Re-Zertifizierung Intensivstation 41
19 Schlusswort und Ausblick 42
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 43
Akutsomatik 43
Anhang 2
Herausgeber 45

1 Einleitung

Das Spital Männedorf steht seit 134 Jahren im Dienste der Menschen am rechten Zürichseeufer und möchte für Alt und Jung ein kompetenter Gesundheitspartner sein. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 7 727 stationäre und 32 194 ambulante Patientinnen und Patienten am Spital Männedorf behandelt. Damit all diesen Menschen eine optimale Behandlung wohnortsnah ermöglicht werden kann, deckt das Spital Männedorf mit seinen rund 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den über 60 Belegärztinnen und Belegärzten 35 medizinische Fachbereiche ab. Die enge Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistern und die gute regionale Vernetzung spielen dabei eine zentrale Rolle. Sehr wichtige Partner sind die Hausärzte der Region, mit denen das Spital Männedorf eine umfassende Gesundheitsversorgung sicherstellt. Das Spital Männedorf pflegt auch enge Kooperationen mit dem Universitätsspital Zürich und der Klinik Hirslanden sowie mit verschiedenen vor- und nachgelagerten Dienstleistern, wie dem Clienia Psychiatriezentrum Männedorf, der Uroviva, dem Brustzentrum, der Spitex und verschiedenen Pflegeeinrichtungen und Facharztpraxen.

Die moderne Infrastruktur ist eine weitere wichtige Voraussetzung, um Spitzenmedizin zu betreiben. Seit einem Jahr ist der neue Behandlungstrakt mit 5 topmodernen Operationssälen, Notfall-, Intensiv- und Überwachungsstation und einer chirurgischen Sprechstundenabteilung in Betrieb. Die Erfahrungen sind durchwegs positiv. Die erweiterten Kapazitäten erlaubten es dem Spital, das Angebot weiter auszubauen. Dieser Ausbau ist notwendig um die Grundversorgung ermöglichen zu können.

Das rechte Zürichseeufer ist stark geprägt von einer im Vergleich zu anderen Bezirken durchschnittlich älteren Bevölkerung. Deshalb richtet sich die Klinik für Innere Medizin immer mehr auf die Bedürfnisse ältere Patientinnen und Patienten aus und hat daher das Fachgebiet der Akutgeriatrie (Altersmedizin) auf 15 Betten weiter ausgebaut. 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 die Schwerpunkte in der Viszeralchirurgie, der Orthopädie, Unfallchirurgie und Traumatologie und Urologie. Einen interdisziplinären Ansatz verfolgt das Spital Männedorf beim Adipositaszentrum, wo Spezialisten der Inneren Medizin, der bariatrischen Chirurgie und verschiedener Fachberatungen 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 und die Spezialisten des Instituts für Radiologie, welche mit modernsten Geräten exakte Diagnosen ermöglichen. «Kompetent umsorgt» lautet die Vision des Spitals, welche die Spitalleitung zusammen mit den Kadermitarbeitenden im letzten Jahr entwickelt hat. Genauso wichtig wie eine medizinische Topleistung ist ein respektvoller Umgang. Deshalb setzt das Spital Männedorf Wert darauf, dass die Patientinnen und Patienten laufend über die weiteren Behandlungsschritte informiert werden und sich ernst genommen fühlen.

Nach der Einführung eines einheitlichen Prozess- und Qualitätsmanagements auf der Basis der Lean-Philosophie im Jahr 2015 wurde im Berichtszeitraum fortwährend daran gearbeitet alle Prozesse konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten. Es wurden Schulungen zu Lean Management Grundlagen, Lean Projekte oder kleinere Verbesserungseinheiten mittels dem sog. KVP-Boards (KVP: kontinuierlicher Verbesserungsprozess) durchgeführt. Eine wichtige Grundlage für Verbesserungsinitiativen bilden u.a. Patientenrückmeldungen, die Ergebnisse nationaler und kantonaler Qualitätsmessungen des Vorjahres und die Auswertung von CIRS Fällen (Critical Incident Reporting System). Mit dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess gewinnt das Qualitätsdenken als Bestandteil der täglichen Spitalarbeit weiter an Bedeutung.

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.

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.

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.
- 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 2016

Im Berichtszeitraum 2016 lagen die Qualitätsschwerpunkte in der:

- Umsetzung von Massnahmen aus der Analyse der Ergebnisse der nationalen (ANQ), kantonalen (VZK) und internen Qualitätsmessungen des Vorjahres
- Überarbeitung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS) inklusive Richtlinien und SOPs, sowie die Evaluation der bestehenden Software zur Fallerfassung
- Etablierung bestehender Methoden für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in allen Abteilungen
- Weiterentwicklung der Unternehmensstrategie zu einem ganzheitlicheren Qualitätsmanagementsystem

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Ausgewählte Themen und Projekte:

- Auditierung des Critical Incident Reporting System (CIRS) durch die Gesundheitsdirektion Zürich, ohne Auflagen bestanden.
- Erfolgreiche Zertifizierung "Qualität in Palliative Care".
- Erfolgreiche Re-Zertifizierung des Rettungsdienstes nach ISO 9001:2008.
- Etablierung von Methoden für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in allen Bereichen.
- Erfolgreiche Umsetzung des Massnahmenpaketes zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen (Swissnoso).

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ausgewählte Themen:

1. Einführung neues Klinik-Informationssystem (KIS)

2. Weiterentwicklung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS)

3. Analyse und Optimierung des Arzneimittelprozesses

4. Erfassung, Prävention und Behandlung von Delirien bei Erwachsenen

5. Optimierung des stationären Tagesablaufs in der Medizin

6. Weiterentwicklung von Qualitätsmessungen

7. Weiterentwicklung der Massnahmen im Bereich Infektionsprävention

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:
Akutsomatik
▪ 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:
Patientenzufriedenheit
▪ Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ Einführungs- und Austrittsmonitoring

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Freiheitsbeschränkende Massnahmen
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen ANQ
Weitere Qualitätsmessung
▪ CleanHands

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung ePA-AC

Ziel	Einführung des standardisierten Patientenassessments und Pflegeplanung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Berichtszeitraum 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung von 5S

Ziel	Optimierung des räumlichen Platzangebotes
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Berichtszeitraum 2016
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 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Spitalstrategie 2.0

Ziel	Konsequente Ausrichtung der Unternehmensstrategie auf Patientennutzen, Schaffung einer gemeinsamen Vision
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Berichtszeitraum 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Bauprojekt - Teilerneuerung 2. Etappe Operations- und Behandlungstrakt

Ziel	Fertigstellung des neuen Operations- und Behandlungstraktes
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2011-2016
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, 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, Bariatrie	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
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008

Bemerkungen

Zusätzlich:
A-QUA$_{CH}$ - Monitoring der Anästhesisequalität 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	2016	Internationale Norm für die Sicherheit von Arbeitsabläufen, Räumlichkeiten und Geräten.
IVR Interverband für Rettungswesen	Rettungsdienst	2010	2014	Durchführung von Qualitätskontrollen bei den Rettungsdiensten (Anerkennungsverfahren)
ISO: 9001:2008	Onkologie Zentrum	2010	2016	Internationale Norm für die Sicherheit von Arbeitsabläufen, Räumlichkeiten und Geräten.
ISO 9001:2015	Onkologie Zentrum	2017	-	
Swiss Cancer Networt	Onkologie Zentrum	2014	2015	Das Zertifikat Swiss Cancer Network hat zum Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsqualität für Tumorpatienten zu fördern.
UNICEF "Baby Friendly Hospital"	Geburtshilfe	1999	2015	Pflegerische und ärztliche Betreuung für Mutter und Kind orientieren sich an einheitlichen UNICEF-Richtlinien.
AGO (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie)	Gynäkologie	2015	2015	

«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

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 entwickelt.

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

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

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 oder MECON measure & consult GmbH

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung

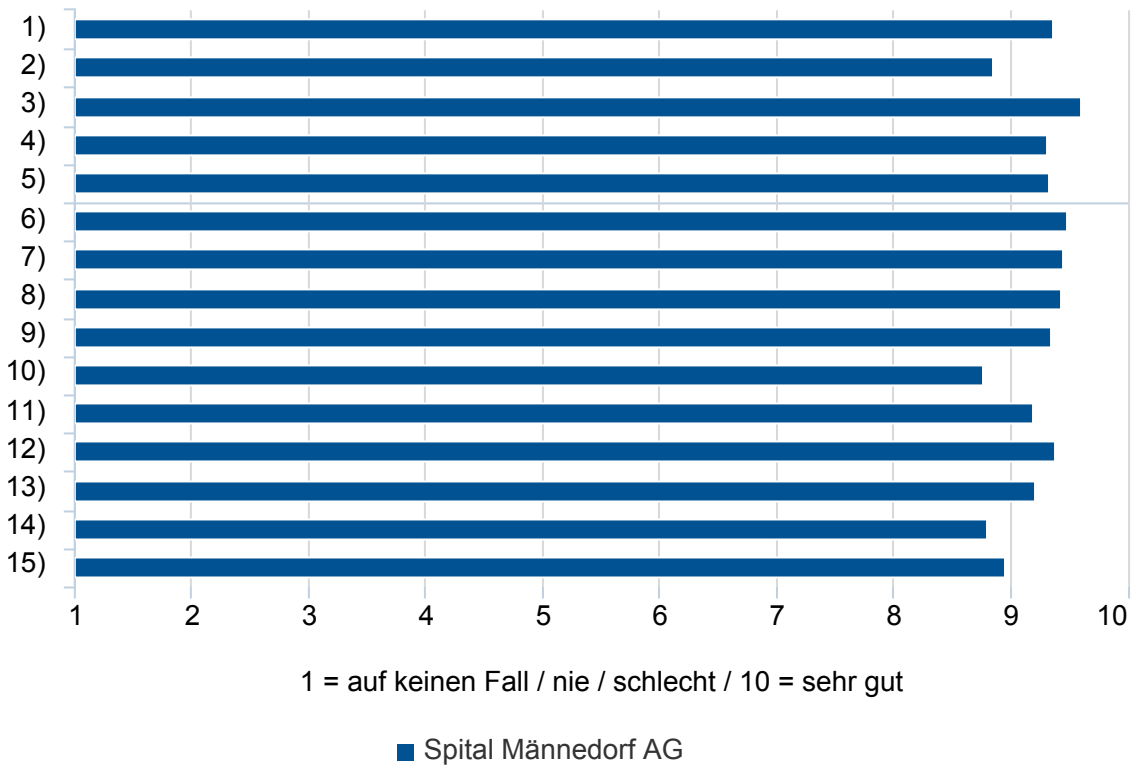
Patientenfeedbacks sind für die Mitarbeitenden des Spital Männedorf sehr wichtig, da sie uns die Möglichkeit geben unsere Arbeit immer wieder kritisch zu überdenken und zu verbessern.

Im Jahr 2015 haben wir einen Patientenfragebogen unter Einbeziehung der vom ANQ verwendeten Fragestellungen entwickelt. Dieser Fragebogen wurde im Berichtszeitraum 2016 an alle stationäre Patienten abgegeben. Er bietet die Möglichkeit, unser Spital anhand von konkreten Fragen auf einer Skala von 1-10 zu bewerten. Darüber hinaus können im Freitext Verbesserungsvorschläge und Bemerkungen formuliert werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Befragung hat kontinuierlich in allen stationären Bereichen des Spitals stattgefunden.
Alle stationären Patienten erhalten den Bewertungsbogen bei Eintritt von der Patientenaufnahme.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

1) Würden Sie wieder für eine Behandlung ins Spital Männedorf kommen?
2) Waren die Wartezeiten vor Untersuchungen, Operation etc. aus Ihrer Sicht angemessen?
3) Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?
4) Waren die Informationen von Ärzten ausreichend und verständlich?
5) Waren die Informationen von Pflegenden ausreichend und verständlich?
6) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? - Ärzte
7) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?- Pflege
8) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?- Physiotherapie
9) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?- Sozialdienst
10) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?- Ernährungsberatung
11) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?- Roomservice
12) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?- Insgesamt
13) Wie beurteilen Sie die Sauberkeit im Spital?
14) Wie beurteilen Sie die Qualität der servierten Speisen und Getränke?
15) Wie hilfreich war die Beschilderung in unserem Spital? Haben Sie sich gut zurechtgefunden?



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Männedorf AG	9.36	8.86	9.60	9.31	9.34

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Spital Männedorf AG	9.48	9.45	9.44	9.35	8.77

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Fragen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	11)	12)	13)	14)	15)		
Spital Männedorf AG	9.20	9.39	9.21	8.80	8.96	750	10.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Bewertungsbogen Spital Männedorf

Bemerkungen

Die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessung werden monatlich im Intranet publiziert und sind somit für alle Mitarbeitenden zugänglich. Lobe, Kritiken und Verbesserungsvorschläge werden kontinuierlich an die betreffenden Mitarbeiter / Bereiche weitergeleitet und werden bei der Umsetzung von internen Projekten und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses berücksichtigt.

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 (VZK Messplan)

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	
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 2016 durchgeführt.
Die Befragung richtet sich an alle ein- und austretenden Mitarbeitenden.

Im Einführungsmonitoring gaben 88% der Mitarbeitenden an, dass sie sich in 12 Monaten noch im Spital Männedorf sehen. Sehr zufrieden sind sie mit dem Empfang durch Arbeitskollegen und Vorgesetzten sowie mit der Zusammenarbeit in ihren Teams. Verbesserungspotenzial besteht noch in der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.

Beim Austrittsmonitoring gaben 83% der Mitarbeitenden an insgesamt zufrieden zu sein mit ihrer Anstellung im Spital Männedorf, 88% würden das Spital als Arbeitgeber weiterempfehlen und 70% würden wieder im Spital arbeiten.

Angaben zur Messung	
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 (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 im Jahr 2015 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.
Allen zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, die mindestend zwei Patienten im Vorjahreszeitraum zugewiesen haben, wurde ein Fragebogen zugesandt (insgesamt 118 Zuweiser). Die Rücklaufquote war mit 29% überdurchschnittlich hoch.

Angaben zur Messung	
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, obwohl 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		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%	- (- - -)
Verhältnis der Raten***		1.05	0.95	0.94	
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 Ergebisse:
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.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 2015) standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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:		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	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%	- (- - -)
Verhältnis der Raten***	0.88	0.75	1.16	
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 Ergebisse:
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.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 2015) standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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

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 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)

Messergebnisse

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

Operationen	**Anzahl beurteilte Operationen 2016** (Total)	**Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016** (N)	**Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %** 2013	2014	2015	**adjustierte Infektionsrate % 2016** (CI*)
Spital Männedorf AG						
Gallenblasen-Entfernungen	108	2	6.00%	6.90%	4.90%	2.80% (0.00% - 5.90%)
Blinddarm-Entfernungen	83	0	6.10%	4.40%	2.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	14	0	0.00%	1.50%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	72	7	14.20%	3.50%	8.10%	10.00% (3.10% - 17.00%)

* 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 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 sind weiterhin rückläufig und bestätigen somit die Wirksamkeit der umgesetzten Massnahmen. Bei auftretenden Infektionen werden diese systematisch und interprofessionell analysiert.
Die Ergebnisse, der seit Oktober 2015 zusätzlichen Erfassung von Infektionsraten bei Hüftimplantationen, werden im Qualitätsbericht 2017 veröffentlicht.

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.

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

	2013	2014	2015	2016
Spital Männedorf AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	1	4	2	0
In Prozent	2.60%	4.90%	2.70%	0.00%

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 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 nochmals verbessert werden. Wir gehen davon aus, dass die Einführung des ergebnisorientierten Patientenassessments (ePA AC) zu einer Sensibilisierung der Pflegefachpersonen hinsichtlich der Sturzrisiken geführt hat.
Das Assessment wird bei jedem Patienten bei Eintritt und mind. alle 3 Tage durchgeführt. 2/3 der erfassten Patienten (68.9%) weisen ein Sturzrisiko auf. Bei bestehendem oder neu auftretendem Sturzrisiko werden entsprechende Massnahmen zur Sturzprophylaxe umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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 2016	84	Anteil in Prozent (Antwortrate)	81.60%

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 Schwerkräften.

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. 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			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Spital Männedorf AG						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 2-4	2	3	3	4	4.80%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	1	3	3.60%

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

Bei den drei im Spital entstandenen Dekubiti handelt es sich um solche der Kategorie 2. Gründe für die Entstehung sind das Anlegen von Pflasterverbänden (Spannungsblasen) und einmal durch die Anlage eines Bauchgurtes. Aufgrund dieser Ergebnisse wird die korrekte Handhabung von spezifischen Pflasterverbänden geschult.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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 2016	84	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	81.60%	

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 8.11.2016 bei Patienten der Bettenstationen und der Intensivstation durchgeführt.
Alle Teilnehmenden der Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus ANQ.

Bei 12 Patienten (14.6%) wurden freiheitsbeschränkende Massnahmen angewendet (4 Pat. in 2015) - hauptsächlich aus Gründen der Sturzprävention (58.3%) und delirantem Verhalten (16.8%).
Bevor freiheitsbeschränkende Massnahmen eingesetzt werden, kommen alternative Massnahmen wie z.B. Erhöhung der Präsenz von Pflegepersonal zur Anwendung.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zunahme in der 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 freiheitbeschränkenden Massnahmen noch verbessert werden kann.

Angaben zur Messung	
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 Fachexpertin Infektionsprävention im Gesundheitswesen und 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 2016 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 durchgführten 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 der Fachexpertin Infektionsprävention und 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	
Auswertungsinstitut	Swissnoso
Methode / Instrument	Cleanhands

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung inesKIS (Klinikinformationssystem)

Projektart: IT Projekt

Projektziel: Einführung des Klinik Informationssystems inesKIS

Projektablauf/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 wird. Das heisst, 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 soll helfen, dass das die interdiziplinäre Zusammenarbeit gefördert wird und die Gesamtprojektlaufzeit reduziert werden kann.

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 und Integration und Diagnostik.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:
Der erste Meilenstein im Projekt konnte mit dem Ende der Initialisierungsphase bereits abgeschlossen werden. Aus den ersten Tätigkeiten zur Formierung des Projektes wurden erste Risiken definiert und entsprechende Gegenmassnahmen abgeleitet.Die wichtigsten zwei Risiken, die identifieriert wurden, sind die Veränderungsbereitsschaft und die Akzeptanz des Projektteams im Spital. Zur Steuerung dieser zwei Risiken wird innerhalb des Einführungsprojektes ein Change Management Konzept ausgearbeitet, das die Einführung der neuen Software unterstützt.

Stand der Umsetzung von Massnahmen:
Die Sollkonzeptphase des Projektes startete am 31.01.2017 mit der Kick-Off Veranstaltung. Die risikomindernden Massnahmen werden über die nächsten sechs Monate erarbeitet.

18.1.2 Spitalstrategie 2.0

Projektart: Strategische Massnahme

Projektziel: Konsequente Ausrichtung der Unternehmensstrategie auf Patientennutzen, Schaffung einer gemeinsamen Vision

Projektablauf / Methodik: Analyse der Historie und IST-Zustands der aktuellen Strategie. Definition neuer Werkzeuge und Abläufe. Durchführung von Strategie Workshops pro Bereich zur Schulung der Werkzeuge und Konsolidierung der laufenden Projekte und Massnahmen in den neuen BSC-Rahmen. Schaffung eines einheitlichen Verständnisses für Leistungs- und Wirkungsindikatoren. Erhebung von Leistungsindikatoren für die ausgewählten strategischen Ziele (Zuweiserzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit) und Umsetzung von Massnahmen zur Zielerreichung.Anschliessend Erarbeitung einer neuen Vision in Spitalleitungs- und Kaderworkshops mit Präsentation und Einbezug des Verwaltungsrats.

Involvierte Berufsgruppen: alle Bereiche, alle Kadermitarbeitenden, SL, VR

Projektevaluation / Konsequenzen: Eigenständig (ohne Externe) erarbeitete Vision, die den Patienten klar in den Fokus stellt. Einheitliches Verständnis für Vision, Mission, Strategie und Kennzahlen.

Stand der Umsetzung von Massnahmen: Offen ist das Hineintragen der Vision in die Gesamtorganisation (Hauptfokus 2017)

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Einführung von 5S

Anfangs 2016 wurde erstmalig die 5S-Methodik, ein Instrument des Lean Managements, im Spital Männedorf angewendet. Das aus der Industrie bekannte Werkzeug unterstützt Teams bei der systematischen Gestaltung des Arbeitsplatzes. Nebst der zunehmenden Sicherheit für Patient und Mitarbeitenden resultiert insbesondere ein Zeitgewinn für die Fachkräfte, da Such-. Laufweg- und Wartezeiten reduziert werden können. Das raschere und sichere Auffinden von Arbeitsgeräten und Hilfsmittel dient direkt den Patientinnen und Patienten, da den Fachkräften mehr Zeit bleibt, um die Patienten kompetent zu umsorgen.

5S umfasst nachfolgende Schritte:

1. **Sortieren** (*Seiri*): Nötiges von Unnötigem trennen und Altlasten aussortieren.
2. **Systematisieren** (*Seiton*): Benötigte Hilfsmittel und Geräte arbeitsgerecht organisieren, damit diese schnell gefunden werden können.
3. **Säubern** (*Seiso*): Täglich für einen sauberen Arbeitsplatz sorgen.
4. **Standardisieren** (*Seiketsu*): Eine sichere Arbeitsumgebung schaffen, indem Standards definiert und etabliert werden.
5. **Selbstdisziplin** (*Shitsuki*): Hoher Leistungs- und Qualitätsstandard dank einer sicheren Arbeitsumgebung, die kontinuierlich überprüft und verbessert wird.

Die Einführung und Adaption des Werkzeugs für unser Spital erfolgte gemeinsam mit mehreren Pflegestationen, der Physio- und Ernährungstherapie sowie dem Reinigungsteam.

Nebst der zusätzlichen Zeit für die Patienten wirkt der Arbeitsalltag ruhiger und geordneter, was sich wiederum ebenfalls positiv auf unsere Kunden auswirkt. Aufgrund der positiven Erfahrung wird das inzwischen standardisierte und etablierte Instrument bei weiteren Teams angewendet.

18.2.2 Bauprojekt - Teilerneuerung 2. Etappe Operations- und Behandlungstrakt

Projektart: Bauprojekt

Projektziel:
Abschluss der zweiten Bauetappe der Gesamterneuerung des Spitals Männedorf (Operations- und Behandlungstrakt)

Projektablauf / Methodik:
Im Anschluss an den Neubau des Bettenhauses (erste Bauetappe) wurde der Behandlungstrakt erneuert und erweitert.
Um Betriebsunterbrüche zu vermeiden, fanden die Bauarbeiten in mehreren Etappen statt. Ein Grossteil des neuen Behandlungstraktes ging bereits im Sommer 2015 in Betrieb. Im Sommer 2016 wurden die Intensivstation, die Sprechstundenabteilung und die chirurgische Tagesklinik eröffnet und die Bauarbeiten damit abgeschlossen.

Involvierte Berufsgruppen: Ganzer Betrieb

Projektevaluation / Konsequenzen:
Mit dem neuen Behandlungstrakt verfügt das Spital Männedorf über eine topmoderne Behandlungs-Infrastruktur.
Die Bauarbeiten für den Behandlungstrakt konnten nicht nur termingerecht, sondern auch 2.1 Mio. CHF unter Budget abgeschlossen werden.

18.2.3 Einführung ePA-AC

Projektart: Informatik-/Entwicklungsprojekt

Projektziel:
Die Einführung der standardisierten Erfassung, der funktionalen und kognitiven Fähigkeiten der Patienten mittels ePA AC (ergebnisorientiertes Patientenassessment Acute Care) und der standardisierten Pflegeplanung.
Die Dokumentation der Pflegedurchführung anhand von Kategorien der Leistungserfassung in der Pflege (LEP) soll elektronisch erfolgen.

Projektablauf / Methodik:
Die Projektplanung wurde durch den Softwareanbieter vorgegeben. Der Zeitraum von der Erstellung des Projektplans über die Initialisierungsphase bis zur Einführung im April 2016 betrug 6 Monate.

Im Rahmen der Projektrealisierung wurden alle Mitarbeitenden geschult.
Funktionale Schulung des Projektteams erfolgte durch den Softwareanbieter.
Methodenschulung der Stationsleitungen, Fachverantwortlichen und Projektteam durch die LEP AG.
Im Februar und März wurde auf je einer medizinischen und chirurgischen Station ein Pilot durchgeführt. Das Rollout auf die übrigen Stationen erfolgte im April und Mai 2016.

Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, etc.

Projektevaluation / Konsequenzen:
Die Projektzeit war sehr kurz bemessen. Die Initialisierungs- und Konzeptphase wurde nicht konkret definiert und die technische Umsetzung des Produktes nicht ausreichend geprüft. Das führte in der Folge dazu, dass notwendige Funktionen mit Verzögerung umgesetzt werden konnten.

- Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen: Mehr Zeit veranschlagen, Produkt besser prüfen, eine gleichzeitige Einführung der elektronischen Patientenkurve wäre vorteilhaft gewesen.
- Stand der Umsetzung von Massnahmen: Weitgehend umgesetzt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Re-Zertifizierung Intensivstation

Projektart: Zertifizierungsprojekt

Projektziel:
Re-Zertifizierung der Intensivstation (IS) nach Inbetriebnahme des neuen Behandlungstraktes und Erweiterung der Bettenzahl auf 7 Betten.

Projektablauf / Methodik:
Der Ablauf folgte den Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen (IS) durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI):

- Antrag auf Re-Zertifizierung durch Leitung IS (April 2016)
- Einreichen des Dossiers von Seiten Spital Männedorf
- Prüfung des Dossiers durch die Zertifizierungskommission (ZK-IS)
- vor Ort Visitierung durch eine Delegation der ZK-IS (September 2016)
- Berichterstellung durch ZK-IS

Involvierte Berufsgruppen: Ärzte und Pflege der Intensivstation

Konsequenzen:
- Das Sekretariat wurde auf 0.5 FTE aufgestockt.
- Die Formulierung der Zuständigkeiten im Organisationsstatut wurde präzisiert.

Die Korrekturmassnahmen wurden fristgerecht durchgeführt und der ZK-IS weitergeleitet.

Weiterfu?hrende Unterlagen:

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI-SSMI)

Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen der Zertifizierungskommission

19 Schlusswort und Ausblick

Besseres Angebot

Das Spital Männedorf arbeitet weiter daran, das Angebotsportfolio gezielt auf die Bedürfnisse der Bevölkerung am rechten Zürichseeufer abzustimmen und weiterzuentwickeln. Eine geplante Massnahme ist die Realisierung eines zweiten MRI-Instituts in Meilen.

Topmoderne Infrastruktur

Nach der Fertigstellung des neuen Behandlungstraktes (inkl. fünf Operationssäle, Notfall- und Intensivstation, Sprechstundenabteilungen, zentrale Sterilgutaufbereitung, Restaurant und Küche) im vergangenen Jahr, sind für 2017/2018 die Modernisierung der Akutgeriatrie und der Umbau des medizinischen Ambulatoriums geplant.

Neue Kooperation

In der heutigen Zeit sind Kooperationen unabdingbar, um den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung bieten zu können. Im Jahr 2017 wird das Spital Männedorf die bereits längjährig bestehende Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich auf den Bereich der Viszeralchirurgie ausweiten.

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

Angebotene 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
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. SSW und >= 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
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**).