

KLINIESE BESTUURS- VERSLAG

INLEIDING

Medi-Clinic se verbintenis tot gehaltesorg is, soos die afgelope 26 jaar, steeds 'n kernfokus in al die werksaamhede van die Groep. 'n Aansienlike hoeveelheid tyd en hulpbronne word gewy aan die meting van kliniese inligting met die doel om kliniese kwaliteit te verbeter, en Medi-Clinic is trots op die naam wat die Groep opgebou het as 'n verskaffer van gehaltesorg.

Die doel van hierdie verslag is om 'n oorsig te gee van kliniese bedrywigheede binne die Groep asook die benadering tot gehaltesorg, om oor belangrike gehalte-aanwysers verslag te doen en noemenswaardige tendense op hierdie gebied toe te lig.

KLINIESE BESTUUR

Oorsig

Om internasionaal vergelykbare gehaltesorg regdeur die organisasie te verwesenlik, is 'n ambisieuse doelwit. Dit verg 'n talentvolle bestuurspan, voortrefflike tegnologiese en elektroniese ondersteuningstelsels, 'n reeks duidelike gehaltesdoelwitte wat streng nagestreef word, en 'n multidissiplinêre spanbenadering. MCSA, MCCH en MCME volg 'n eenvormige benadering om kliniese kwaliteit in al sy dimensies te verseker en te verbeter. Sekere belangrike beginsels word gehandhaaf, soos selfstandige bestuurstoeging op hospitaalvlak wat nie op strafmaatreëls nie, maar op meetbare verbeteringsdoelwitte fokus en die hele kliniese span betrek.

Komponente

Kliniese bestuur het duidelike doelwitte en verantwoordelikhede vir elk van die volgende komponente:

1. Professionele kwalifikasies en standaarde
2. Professionele prestasie
3. Akkreditasie en sertifisering van fasiliteite
4. Kliniese risikobestuur
 - Infeksievoorkoming en -beheer
 - Hospitaalinsidentbestuur
 - Bestuur van medikasie-gerelateerde insidente
5. Bestuur van kliniese prestasie
 - Kliniese aanwysers
 - Kliniese uitkomst
6. Funksionele programme
 - Nooddienste
 - Kritieke sorg

7. Kliniese standaarde
8. Evaluering van nuwe tegnologie
9. Pasiënttevredenheid
10. Onderrig en opleiding
11. Kliniese inligtingstelsels

MCSA gebruik en verfyn hierdie raamwerk al etlike jare en vind baat by sodanige strukturele benadering.

MCCH het ook al 'n geruime tyd 'n eenvormige gehaltestelsel en 'n duidelik omskrewe gehaltebeleid wat al bogenoemde komponente dek, en dit het 'n gladde oorskakeling na dieselfde strukturele raamwerk as dié van MCSA en MCME moontlik gemaak. MCCH neem ook afsonderlik deel aan 'n aantal eiesoortige gehaltebedrywighede in die Switserse openbare gesondheidstelsel.

MCME het dieselfde strukturele benadering teenoor gehalteverbetering aanvaar, en heelwat tyd en hulpbronne gewy aan die implementering van programme wat op elk van die komponente toegespits is.

Koördinerings

MCSA, MCME en MCCH het elkeen 'n sentrale, multidissiplinêre kliniese komitee wat hierdie inisiatiewe koördineer en daarvoor toesig hou. Elke hospitaal het 'n kliniese komitee wat vir gehaltesorg en pasiëntveiligheid in die betrokke hospitaal verantwoordelik is. 'n Deurslaggewende suksesfaktor is die toewyding en deelname van verpleegpersoneel en dokters.

Inligting

Kliniese bestuur by MCSA word ondersteun deur 'n kliniese inligtingsafdeling met unieke dataverwerkings- en statistiese vermoëns. Die afdeling genereer strategiese, kliniese en bestuursinligting om besluitneming te ondersteun, wat 'n belangrike faktor in die bestuur van gehaltesorg is.

Hoewel MCCH nie 'n kliniese inligtingsafdeling het nie, word besigheidsintelligensie-programmatuur gebruik om toegang tot sinvolle kliniese inligting te verkry. Daar word beplan om die dataverwerkings- en statistiese vermoëns selfs nog verder uit te brei. MCCH neem ook deel aan nasionale en internasionale data-versamelingsinisiatiewe om gehalte te meet en te verbeter.

MCME het nie 'n afsonderlike kliniese inligtingsafdeling nie. Daar word egter beplan dat die kliniese inligtingsafdeling by MCSA 'n diens aan die MCME-hospitale sal lewer, en 'n aantal data-versamelingsinisiatiewe is op dreef.

MEDI-CLINIC SUIDER-AFRIKA KLINIESE PROFIEL

In die oorsigjaar het MCSA bestendige groei in hospitaal-toelatings asook noodsentrum- en buitepasiëntgevalle ondervind, soos Tabel 1 toon. Die gemiddelde lengte van verblyf en teatertyd per chirurgiese toelating het feitlik onveranderd gebly.

Tabel 1: Opsomming van statistieke (finansiële jaar)

	%- toename in 2009	%- toename in 2008
Noodsentrum- en buitepasiëntgevalle	2.6%	4.3%
Hospitaaltoelatings		
Dagpasiënt-toelatings	1.1%	2.9%
Binnepasiënt-toelatings	3.1%	4.9%
Lengte van verblyf (Kalenderdae)		
Alle toelatings	1.0%	0.0%
Binnepasiënt-toelatings	0.4%	0.0%
Gemiddelde teatertyd per chirurgiese toelating	0.4%	0.4%
Mediese / Chirurgiese kombinasie	0.1%	1.3%

Chroniese onderliggende siektetoestande

Chroniese onderliggende siektetoestande is toestande wat by toelating tot 'n hospitaal teenwoordig kan wees, maar nie die rede vir toelating is nie. Dit is belangrik om chroniese onderliggende siektetoestande in ag te neem, aangesien hulle potensieel die vlak van sorg en/of lengte van 'n pasiënt se verblyf in die hospitaal kan beïnvloed.

Die persentasie pasiënte wat met een of meer chroniese onderliggende siektetoestande in die hospitaal opgeneem is gedurende die oorsigtydperk, was 17.1% teenoor 15.5% vir die vorige jaar.

Hipertensie, diabetes mellitus en hipercholesterolemie was die algemeenste onderliggende toestande.

Hoewel obesiteit nie as 'n chroniese onderliggende siektetoestand beskou word tensy dit gevorderd is nie, het dit 'n beduidende invloed op morbiditeit tydens verblyf in die hospitaal. Gedurende die oorsigjaar was amper 64% van alle pasiënte wat toegelaat is, oorgewig of vetsugtige pasiënte.

KLINIESE AANWYSERS

Kliniese aanwysers is die “lewenstekens” van kliniese sorg en gee 'n aanduiding van die prestasie en integriteit van hierdie baie belangrike kernelement van deelnemende hospitale.

Hierdie afdeling dek vier van die belangrikste aanwysers wat internasionaal gebruik word, naamlik Mortaliteit, Verlengde Verblyf, Hertoelating en Hospitaalinsidente. 'n Ontleding van hierdie aanwysers asook die onderliggende redes vir hul voorkoms is uiters belangrik in die bestuur van gehaltesorg.

Mortaliteit

Mortaliteit is een van die belangrikste aanwysers vir die bepaling van gehaltesorg. Dit moet egter met omsigtigheid geïnterpreteer word, weens die invloed van pasiënt-risikofaktore by toelating asook die tipes chirurgie wat gedoen word. MCSA gebruik 'n statistiese metodologie om hospitaalmortaliteitsyfers vir hierdie faktore aan te pas, ten einde verantwoordbare vergelykings tussen hospitale en tydperke te kan tref.

Die verwagte mortaliteit is 'n statistiese berekening wat die ouderdom en geslag (demografiese profiel) van pasiënte in ag neem, asook die teenwoordigheid van en tipes chroniese onderliggende siektetoestande, die redes vir toelating en die tipes chirurgie wat uitgevoer word. Die werklike mortaliteit is wat werklik gebeur het. Die mortaliteitsindeks is die werklike mortaliteit in verhouding tot die berekende verwagte mortaliteit.

Tabel 2 toon 'n toename in verwagte sowel as werklike mortaliteit. Verwagte en werklike mortaliteitsyfers het toegeneem as gevolg van die toename in die ouderdom van pasiënte wat toegelaat word, 'n toename in MIV-verwante toestande asook 'n toename in pasiënte met chroniese onderliggende siektetoestande.

Tabel 2: Mortaliteit as 'n persentasie van hospitaaltoelatings (finansiële jaar)

	2009	2008	2007	2006
Werklik	1.09%	1.13%	1.12%	1.09%
Verwagte	1.15%	1.15%	1.12%	1.05%
Indeks	0.95	0.98	1.00	1.04

Werklike mortaliteit het 'n kleiner styging getoon as wat verwag is, met die gevolg dat die indeks van werklike teenoor verwagte mortaliteit gedaal het. Dit beteken dat die doeltreffende bestuur van mortaliteit-uitkomst oor die afgelope vier jaar verbeter het van 4% hoër as wat verwag is na 5% laer as wat verwag is.

Verlengde verblyf

Tabel 3 toon die koerse van verlengde verblyf vir 'n aantal prominente toelatingstipes wat algemeen in die literatuur gebruik word. Dit is die persentasie van gevalle per toelatingstipe waarvan die hospitaalverblyf 'n berekende verlengde verblyf-punt oorskry. Die aanwyser word as 'n aanvaarde maatstaf vir die gehalte van sorg ten opsigte van sekere mediese en elektiewe chirurgiese toelatings beskou.

Die verlengde verblyf-punt is bereken as die 90ste persentiel van hospitaalverblyf vir elke toelatingstipe. Let daarop dat die persentasies in Tabel 3 nie aangepas is nie, en pasiënte se demografie sowel as die profiel van chroniese onderliggende siektetoestande en komplikasies kan weerspieël. Hierdie gebied word voortdurend nagevors en verdere verbeterings aan die metodologie kan in die toekoms verwag word. Die verlengde verblyf vir feitlik alle toelatingstipes in die mediese kategorie het in 2009 toegeneem in vergelyking met 2008.

Tabel 3: Verlengde verblyf-gevalle as 'n persentasie van hospitaaltoelatings (finansiële jaar)

Verlengde Verblyf	2009	2008	
Medies			
Akute miokardiale infarksie	11.3%	10.8%	△
Asma	10.8%	9.7%	△
Hartversaking	10.3%	10.1%	△
Neonatale toestande	9.8%	10.9%	▽
Pneumonie	10.0%	9.6%	△
Chirurgies			
Kroonaaromleiding	10.5%	9.9%	△
Hartkateterisasie	10.1%	9.8%	△
Cholesistektomie	9.5%	9.7%	▽
Histerektomie (abdominaal)	9.9%	9.6%	△
Histerektomie (vaginaal)	9.0%	9.8%	▽
Heupvervanging	9.0%	10.0%	▽
Knievervanging	9.3%	9.7%	▽
Kolonreseksie	8.8%	11.5%	▽
Spinale fusie	9.5%	10.4%	▽
Obstetrie			
Keisersnit	9.3%	10.1%	▽
Normale verlossing	9.0%	9.7%	▽

In die chirurgiese kategorie het kroonaaromleidings, hartkateterisasies en abdominale histerektomieë 'n geringe toename in verlengde verblyf getoon. Beide obstetrie-groepe het in 2009 'n daaltendens getoon, en al hoe minder pasiënte bly langer in die hospitaal.

Hospitale fokus voortdurend op hierdie resultate.

Hertoelating

Die hertoelatingsaanwyser word bereken deur die aantal pasiënte te tel wat binne 30 dae na ontslag weer in die hospitaal opgeneem word. Dit sluit geskeduleerde (beplande) asook ongeskeduleerde (onbeplande) hertoelatings in, maar laasgenoemde is die belangrike syfer omdat dit laat komplikasies voortspruitend uit aanvanklike toelatings verteenwoordig. Slegs onbeplande hertoelatings vir sekere toelatingstipes is in die verlede gerapporteer, maar dié benadering het sekere tekortkomings getoon, soos data-onsuiwerhede en 'n beperkte fokus.

Hoewel dit nog 'n onvolledige wetenskap is, word hertoelating oor die algemeen as een van die aanvaarde maatstawwe vir die gehalte van sorg beskou indien dit as 'n tendens-aanwyser gebruik word.

Tabel 4 toon die hertoelatingsyfer binne 30 dae, vir alle hospitaaltoelatings gedurende die oorsigtydperk. Soos genoem is, sluit dit beide geskeduleerde en ongeskeduleerde hertoelatings in. Die totale hertoelatingskoers het oor die afgelope twee jaar konstant gebly. Vergelykbare buitemaatstawwe is ongelukkig nie beskikbaar nie, en 'n interne maatstaf sal vir hospitale bereken word waaraan hulle hulself kan meet.

Tabel 4: Hertoelatings as 'n persentasie van hospitaaltoelatings (finansiële jaar)

Kategorie	2009	2008
Hertoelatings	9.3%	9.3%

Hospitaalinsidente

Hospitaalinsidente word verdeel in skadelike en amper skadelike insidente. Vir die doeleindes van hierdie verslag word 'n hospitaalinsident omskryf as enige gebeurtenis wat skade of besering aan 'n pasiënt veroorsaak terwyl hy of sy in die hospitaal se sorg is. 'n Amper skadelike insident is 'n gebeurtenis wat besering, skade of verlies sou kon veroorsaak, maar gelukkig of deur doelbewuste optrede voorkom is. Pasiëntveiligheid bly die prioriteit van al Medi-Clinic se hospitale, en alle insidente word dus gerapporteer en ontleed.

Die Hospitaalinsidentbestuur-inisiatief is 'n gestandaardiseerde stelsel vir die bestuur, rapportering en ondersoek van insidente. Die stelsel verseker dat risiko's geïdentifiseer en aksies ingestel word om die herhaling van sulke insidente

te voorkom. Data word in 'n sentrale databasis ingevoer, wat die weg baan vir gesentraliseerde verslagdoening oor hospitaalprestasie om die doeltreffendheid van aksieplanne wat ingestel is, te bepaal. Akkurate verslagdoening oor alle insidente is dus verpligtend.

Die stelsel maak voorsiening vir beide skadelike en amper skadelike insidente. Tabel 5 toon 'n ontleding van die mees prominente hospitaalinsident-aanwysers, tesame met voorkomssyfers en maatstawwe. Die maatstawwe is verkry uit die bevindings van studies wat in die VSA, VK, Kanada, Australië en Nieu-Seeland gedoen is.

Tabel 5: Hospitaalinsidente as 'n persentasie van hospitaaltoelatings (finansiële jaar)

Kategorie	2009	2008	Maatstaf
Medikasie	1.1%	1.1%	1.1 – 1.6%
Valle	0.5%	0.6%	0.6 – 0.9%
Infeksies	1.5%	1.8%	1.8 – 2.7%
Velletsels	0.7%	0.9%	0.9 – 1.4%
Ander kliniese	2.1%	1.5%	2.1 – 3.2%
Alle insidente	7.3%	6.8%	8.0 – 12.0%

Medikasie-verwante insidente

Medikasie-verwante insidente as 'n persentasie van toelatings het gedurende die oorsigjaar onveranderd gebly. Foute in medikasiebestuur kan by verskillende punte in die medikasieproses voorkom, soos die voorskryf, voorbereiding, aflewering, bewaring en toediening van medikasie. Die Hospitaalinsidentbestuur-stelsel stel hospitale in staat om al hierdie insidente te rapporteer, te ontleed en te bestuur.

Valle

Valle het gedurende die oorsigjaar afgeneem tot 0.5% van toelatings. Valle en beserings wat pasiënte in die hospitaal opdoen, bly 'n geweldige uitdaging. Daar is baie redes waarom pasiënte val, en hospitale maak op die Hospitaalinsidentbestuur-stelsel staat om valle sistematies aan te teken en te ontleed sodat voorkomende maatreëls ingestel kan word.

Gedurende die oorsigtydperk het 63% van alle valle in pasiënte se kamers voorgekom. Sowat 33% van alle gerapporteerde valle het tot beserings gelei. Die meeste valle het voorgekom onder beroertepasiënte, pasiënte wat 'n knieëvervanging gehad het en pasiënte ouer as 80 jaar.

Hospitaalverworwe infeksies

Hospitaalverworwe infeksies het in die oorsigtydperk met ongeveer 16% afgeneem in vergelyking met 2008. MCSA het

'n robuuste en omvattende infeksie-monitoringsprogram wat die beleide en protokolle van die Amerikaanse Centers for Disease Control and Prevention ("CDC") as verwysingsraamwerk gebruik. Dit word ondersteun deur 'n nasionale elektroniese databasis van alle hospitaalverworwe infeksies, as deel van die Hospitaalinsidentbestuur-stelsel. Kliniese risiko-bestuurders monitor beide pasiënt- en laboratoriumdata. Elke hospitaal het 'n infeksiebeheer Komitee wat oor infeksievoorkoming en -beheer toesig hou, en op weerstandpatrone en die gebruik van antibiotika fokus.

Velverwante insidente

Velverwante insidente het gedurende die oorsigjaar afgeneem tot 0.7% van toelatings. Hierdie insidente kan dikwels voorkom tydens die behandeling van ernstig siek pasiënte in die akute sorg-omgewing, en kan tot beduidende morbiditeitsyfers lei. Deeglike voorkoming is dus noodsaaklik, aangesien die behandeling van velletsels baie moeilik kan wees.

MCSA gebruik 'n evalueringshulpmiddel by toelating vir die bepaling van elke pasiënt se risiko om 'n velletsel te ontwikkel. Ernstig siek pasiënte word deurentyd geëvalueer terwyl hulle in die hospitaal is. Alle velletsels word gerapporteer en op die Hospitaalinsidentbestuur-stelsel ontleed.

AKKREDITASIE

Akkreditering is 'n kwaliteitversekeringsproses wat behels dat die strukture en prosesse van 'n gesondheidsorgfasiliteit deur 'n onafhanklike akkrediteringsagentskap ondersoek word om te bepaal of dit aan toepaslike kwaliteitstandaarde voldoen. Pasiënte wat behandeling by 'n geakkrediteerde fasiliteit ontvang, kan gemoedsrus hê dat kwaliteit- en veiligheidsstandaarde gehandhaaf en deurentyd gemonitor word.

MCSA het die Council of Healthcare Service Accreditation of Southern Africa ("COHSASA") – een van slegs 'n paar agentskappe regoor die wêreld wat deur die International Society for Quality in Health Care ("ISQua") geakkrediteer is – gekies om sy hospitale te akkrediteer. Die proses in die Suid-Afrikaanse gesondheidssektor is heeltal vrywillig, en MCSA was die eerste private hospitaalgroep wat sy hospitale sedert 1996 laat deelneem het.

In 2007 het MCSA 'n nuwe ooreenkoms met COHSASA aangeaan, waarvolgens 35 van sy fasiliteite aan 'n hernubare driejaarprogram vir kwaliteitverbetering en akkreditering deelneem. Aangesien hospitale gewoonlik op 'n driejaar-grondslag akkrediteringstatus kry, verseker hierdie reëling dat alle deelnemende hospitale hul status oor die lang termyn

handhaaf. Die formele proses is nie geskik vir klein hospitale nie, en om hulle by die akkrediteringsproses te laat baat vind, werk hulle ten nouste saam met sekere groot hospitale om aan standaarde te voldoen.

KLINIESE UITKOMSTE

Vermont Oxford Network ("VON")

Neonatale kritieke sorg-eenhede hanteer komplekse hoërisiko-gevalle, en vereis ervare spanne wat 'n gesofistikeerde en streng benadering tot pasiënt-sorg volg. Dit is 'n geweldige uitdaging, waarvoor die VON uitstekende ondersteuning bied.

Die VON is 'n inisiatief wat daarop gemik is om die gehalte van sorg in neonatale kritieke sorg-eenhede te meet en te verbeter. Die projek is gesetel in Vermont, VSA, met deelnemende eenhede regoor die wêreld. MCSA neem sedert 2001 deel aan die VON se gehalte-inisiatief en tans is 18 hospitale hierby ingeskryf.

Hoewel alle neonate wat in die neonatale kritieke sorg-eenhede opgeneem word by die program ingesluit is, fokus VON spesifiek op neonate met 'n baie lae geboortegewig (< 1 501 g), vanweë die hoogs ingewikkelde behandeling wat hulle nodig het. Tabel 6 toon die algemene statistieke van hierdie subgroep van die neonatale kritieke sorg-gevalle. Die inligting van hierdie tabel, soos dié van Tabel 7, kom uit die amptelike jaarverslag van VON vir die 2007-kalenderjaar. VON se jaarverslae is eers ses maande na die jaareinde beskikbaar, en die verslag vir 2008 was dus nie betyds beskikbaar om by hierdie verslag ingesluit te word nie.

Tabel 6: Algemene statistieke (kalenderjaar)

Neonate met baie lae geboortegewig (< 1 501g)	2007	2006	VON 2007
Aantal gevalle	264	164	54 068
Gemiddelde geboortegewig (gram)	1 107	1 141	1 043
Gemiddelde gestasie-ouderdom (weke)	29	29	28
Gemiddelde gewig by ontslag (gram)	2 208	2 209	2 178
Lengte van verblyf (dae)	50	53	54

Gedurende 2007 het MCSA oor 264 neonate met 'n baie lae geboortegewig verslag gedoen, in vergelyking met 54 068 vir die totale netwerk. Tabel 7 toon die gehalte-uitkomst vir die deelnemende MCSA-hospitale.

Tabel 7: VON-gehalte-uitkomst as 'n persentasie van gevalle op die MCSA databasis (kalenderjaar)

Neonate met baie lae geboortegewig (<1 501g)	2007	2006	VON 2007
Respiratoriese Ondersteuning			
Respiratoriese nood-sindroom	79%	82%	74%
Pneumotoraks	2%	1%	5%
NVPD (Nasale volgehoue positiewe lugwegdruk)	72%	76%	66%
Vroeë VPD	40%	33%	37%
Ventilasie na vroeë VPD	41%	46%	44%
Konvensionele ventilasie	46%	52%	66%
Hoëfrekwensie-ventilasie	23%	23%	23%
Hoëvloei-neuskannule	37%	36%	45%
Nasale IVV of GIVV (gesinchroniseerde intermitterende verpligte ventilasie)	10%	15%	13%
Chroniese Longsiekte (CLS)			
CLS 36 weke	21%	20%	27%
CLS 36 weke (gestasie-ouderdom < 33 weke)	22%	21%	28%
Infeksies			
Vroeë infeksies	3%	4%	2%
Nosokomiale infeksie	26%	17%	21%
Ander Uitkomst			
Patente duktus arteriosus	23%	24%	39%
Nekrotiserende enterokolitis	7%	2%	7%
Periventrikulêre-intraventrikulêre bloeding	21%	18%	26%
Periventrikulêre leukomalasie	1%	1%	3%
Retinopatie van prematuriteit	12%	24%	37%
Mortaliteit	16%	8%	17%

Wat die meeste parameters vir respiratoriese ondersteuning betref, was MCSA-eenhede gelykstaande met of beter as die VON-gemiddeldes. Die voorkoms van pneumotoraks, asook die gebruik van ventilasie en hoëvloei-neuskannules was aansienlik laer as die VON-gemiddeldes. Die nasale IVV/GIVV-koers het van 2006 tot 2007 afgeneem en meer in lyn gekom met die VON-gemiddelde. Die voorkoms van respiratoriese nood-sindroom was egter hoër as die maatstaf (p-waarde: 0.0745).

Die MCSA-eenhede se koerse vir chroniese longsiekte was laer as die VON-maatstaf gedurende 2007. Die koerse vir

nosokomiale infeksies het gedurende 2007 gestyg en was hoër as die VON-gemiddelde van 21% (p-waarde: 0.0305).

Wat 'n aantal ander kliniese uitkomst betref, het MCSA-eenhede beter gevaar as die VON-gemiddeldes. MCSA het laer koerse van patente duktus arteriosus, periventrikulêre-intraventrikulêre bloeding en retinopatie van prematuriteit gehad. Die koerse vir nekrotiserende enterokolitis het egter sedert 2006 gestyg en is nou gelykstaande met die VON-maatstaf.

Wat neonate met 'n baie lae geboortegewig betref, was MCSA se mortaliteitskoerse (16%) effens laer as die VON-gemiddelde, hoewel dit nie statisties beduidend is nie.

Binne die groep van neonate met 'n baie lae geboortegewig bepaal chroniese longsiekte, periventrikulêre leukomalasie en retinopatie van prematuriteit in 'n groot mate oorlewing en uiteindelik lewensgehalte. In al hierdie kritieke parameters en ook met betrekking tot mortaliteitskoerse het MCSA beter as die VON-gemiddelde gevaar. Hierdie resultate kan net toegeskryf word aan die professionaliteit, toewyding en entoesiasme van die personeel en dokters wat in die eenhede werk.

Kardioraks-databasis

Die Adult Cardio-thoracic Database ("ACTD") is gemodelleer op die databasis van die Amerikaanse Society of Thoracic Surgeons ("STS") , en word sedert Augustus 2005 by Panorama Medi-Clinic gebruik. Die hoofdoel van die ACTD-inisiatief is om die kliniese uitkomst van kardioraks-chirurgie te meet en te verbeter. Vanaf Januarie 2009 is die databasis ook in Dubai geïmplementeer.

Tabel 8 toon algemene volumesyfers. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat sekere van die prosedures waarvoor in Tabel 8 verslag gedoen word, saam uitgevoer is maar apart aangedui word. Enkele gevalle wat nie voorheen vir 2008 gerapporteer is nie, is hierby ingesluit.

Tabel 8: ACTD-volumesyfers (finansieële jaar)

Aanwyser	2009	2008
Totale aantal gevalle	472	505
Prosedures		
Kroonaaromleidings	401	418
Klepchirurgie	103	124
Ander kardiaale prosedures	22	25
Ander nie-kardiaale prosedures	6	18

Tabel 9 toon algemene aanwysers, pasiënt-risikofaktore en kliniese uitkomst. Vergelykbare internasionale syfers is nie vrylik beskikbaar nie – vandaar die jaar-tot-jaar-vergelykings.

Tabel 9: Algemene aanwysers, risikofaktore, uitkomste as 'n persentasie van gevalle op die databasis (finansiële jaar)

Aanwyser	2009	2008
Geslag		
Vroulik	25%	24%
Manlik	75%	76%
Ouderdomsverspreiding		
< 40	3%	3%
41 – 60	41%	41%
> 60	56%	56%
Risikofaktore		
Oorgewig / vetsugtige pasiënte (BMI > 25)	81%	77%
Hipertensie (hoë bloeddruk)	77%	73%
Dislipidemie	69%	65%
Sigaretrook	47%	50%
Familiegeskiedenis van kroonaarsiekte	42%	52%
Diabetes	23%	25%
Nierversaking	7%	8%
Post-operatiewe komplikasies		
Infeksies	2.5%	2.2%
Heroperasies	4.9%	2.6%
Nierversaking	1.1%	2.2%
Verlengde ventilasie	5.5%	6.9%
Mortaliteit		
Verwagte mortaliteit (EuroSCORE)	6.6%	6.3%
Werklike mortaliteit	3.2%	5.0%
Mortaliteitsindeks	0.48	0.79
Hertoelating (30 dae)	8.1%	12.3%

Gedurende die 2009 finansiële jaar het ongeveer 85% van ACTD-pasiënte (op die kardiotoraks-databasis) kroonaaromleidings gehad. Dit is effens hoër as die 2008-syfer van 82.8%.

Sowat driekwart van alle gevalle op die ACTD-databasis was mans, maar daar was die afgelope drie jaar 'n klein maar bestendige toename in die persentasie vroue.

Obesiteit en hipertensie was die oorheersende risikofaktore van die operasies wat gedurende die 2009 finansiële jaar uitgevoer is. Ongeveer 81% van pasiënte was oorgewig of vetsugtig pasiënte, en 77% het aan hipertensie gely. Pasiënte met dislipidemie het van 58% tot 69% toegeneem, terwyl rokers van 53% tot 47% afgeneem het. Nierversaking onder

pasiënte op die ACTD-databasis het die afgelope drie finansiële jare min of meer op 7% gebly.

Die (werklike:verwagte) mortaliteitsindeks het die afgelope drie jaar gewissel tussen 0.45 en 0.79. Dit is aansienlik laer as die maatstafindeks van 1.

Van 2008 tot 2009 het die hertoelatingsyfer met 34.4% gedaal, en in 2009 is slegs 8.1% van alle pasiënte op die ACTD-databasis binne 30 dae na die oorspronklike prosedure weer in die hospitaal opgeneem.

Die databasis is 'n baie waardevolle hulpmiddel om kwaliteitverbetering te ondersteun, en dit word met groot toewyding aangewend deur die kardiotoraks-span by Panorama Medi-Clinic.

Apache III

Apache III is 'n hospitaalsterfte-voorspellingsmetodologie vir pasiënte in 'n volwasse kritieke sorg-omgewing en is 'n nuttige hulpmiddel vir die evaluering van gehaltesorg in die komplekse omgewing van kritieke sorg-eenhede. Pasiënte word volgens 'n aantal kliniese parameters geëvalueer en volgens 'n punteskaal beoordeel binne die eerste 24 uur na toelating tot kritieke sorg. 'n Verwagte mortaliteitsberekening word op die kliniese toestand van elke pasiënt gebaseer.

Gedurende die oorsigjaar is die Apache III-puntestelsel in die volwasse kritieke sorg-eenhede van alle MCSA-hospitale geïmplementeer. Tydens die implementeringsfase is altesaam 16 513 gevalle in 57 kritieke sorg-eenhede by 38 deelnemende hospitale volgens 'n punteskaal beoordeel. Tabel 10 toon algemene statistieke, waarvan die belangrikste die mortaliteitsindeks is, wat die verwantskap tussen werklike en verwagte sterftes aandui. Die mortaliteitsindeks van 0.83 impliseer dat die totale mortaliteit van die beoordeelde gevalle 17% beter was as wat verwag is.

Tabel 10: Apache III-telling (finansiële jaar)

Totaal vir 2009	Totaal
Aantal gevalle	16 513
Gemiddelde ouderdom	55.9
Gemiddelde fisiese telling	36.9
Gemiddelde lengte van verblyf (totale hospitaalverblyf)	8.0
Gemiddelde kritieke sorg-dae	1.8
Gemiddelde hoë-sorg-dae	1.8
Gemiddelde dae geventileer	1.1
Mortaliteitsindeks	0.83

Die implementering van Apache III in alle MCSA volwasse kritieke sorg-eenhede is 'n belangrike stap om 'n meer meetbare benadering tot gehaltesorg in hierdie komplekse omgewing te vestig.

MEDI-CLINIC SWITZERLAND KLINIESE AANWYSERS

Mortaliteit

MCCH neem sedert 2008 deel aan die International Quality Indicators Project ("IQIP"), wat op 'n aantal aanwysers fokus. IQIP, 'n inisiatief wat in die Verenigde State ontstaan het, help gesondheidsorg-organisasies om geleenthede vir die verbetering van pasiëntsorg te identifiseer. Dit is belangrik om daarop te let dat IQIP-data slegs vir navorsingsdoeleindes versamel en saamgevoeg word. Geweegde gemiddeldes wat op voorgelegde data bereken word, is geensins bedoel om standaarde te wees om die gehalte van sorg wat deur IQIP-deelnemers gelewer word in 'n rangorde te plaas nie.

Tabel 11 toon die IQIP geweegde gemiddelde mortaliteitsyfers vir die 2008-kalenderjaar. Dit vergelyk gunstig met ander deelnemende Europese hospitale.

Tabel 11: Mortaliteit as 'n persentasie van binnepatiënt-toelatings (kalenderjaar)

Kwartaal	1	2	3	4
MCCH	1.03%	0.91%	1.11%	0.81%
Europa	1.54%	1.37%	1.32%	1.37%

Hertoelating

Die IQIP geweegde gemiddelde syfers vir ongeskeduleerde hertoelatings gedurende die 2008-kalenderjaar word in Tabel 12 weergegee. Ongeskeduleerde hertoelatings is nie beplan nie en die aanname is dat dit die gevolg van latere komplikasies is. Hierdie syfers is dus nie met dié van MCSA elders in hierdie verslag vergelykbaar nie.

Tabel 12: Ongeskeduleerde hertoelatings as 'n persentasie van totale binnepatiënt-toelatings (kalenderjaar)

Kwartaal	1	2	3	4
MCCH	0.70%	1.19%	1.17%	0.76%

Vergelykende syfers oor deelnemende Europese hospitale is nie tans beskikbaar nie.

Hertoelatings tot operasieteater

Die IQIP geweegde gemiddelde syfers vir ongeskeduleerde hertoelatings tot die operasieteater gedurende die 2008-kalenderjaar word in Tabel 13 weergegee. Ongeskeduleerde hertoelatings tot die operasieteater is nie beplan nie en die aanname is dat dit die gevolg van komplikasies is. MCCH se syfers vergelyk gunstig met dié van deelnemende Europese hospitale.

Tabel 13: Ongeskeduleerde hertoelatings tot die operasieteater as 'n persentasie van binnepatiënt-toelatings (kalenderjaar)

Kwartaal	1	2	3	4
MCCH	1.09%	1.29%	1.33%	1.08%
Europa	1.27%	1.42%	1.49%	1.39%

Hospitaalinsidente

MCCH se rapporteringstelsel vir kritieke insidente is gebaseer op 'n eenvormige programmatuurplatform vir die registrasie van kritieke insidente en die daaropvolgende rapportering daarvan by die nasionale Critical Incident Reporting and Reacting Network ("CIRNET") van die Swiss Foundation for Patient Safety.

Hospitaalverworwe infeksies

MCCH word sedert 1988 deur die Beratungszentrum Für Hygiene ("BZH") in Freiburg, Duitsland, bygestaan om infeksie te beheer. Hospitaalverworwe infeksies word sedert 2000 deur sommige hospitale aangeteken volgens die gestandaardiseerde Hospital Infection Surveillance System ("HISS") van BZH, wat op die kriteria van die Amerikaanse Centre for Disease Control and Prevention ("CDC") gebaseer is. Sedert 2008 teken alle klinieke hospitaalverworwe infeksies aan deur HISS te gebruik. Syfers sal in die toekoms bekend gemaak word.

Velverwante insidente

Een van die IQIP-aanwysers waaraan MCCH deelneem, is Bedsere in Akute Sorg. Die geweegde gemiddelde syfers hiervoor vir die 2008-kalenderjaar word in Tabel 14 weergegee.

Tabel 14: Beddere in akute sorg per 1 000 beddae (kalenderjaar)

Kwartaal	1	2	3	4
MCCH	0.4	0.3	0.4	0.2
Europa	1.8	1.5	1.7	1.4

Dit vergelyk weer eens gunstig met ander deelnemende Europese hospitale. Die vergelykbare syfer vir MCSA vir die oorsigjaar is 0.2 per 1 000 beddae.

Valle

MCCH neem ook deel aan die IQIP-aanwyser vir Gedokumenteerde Valle. Die geweegde gemiddelde syfers hiervoor vir die kalenderjaar word in Tabel 15 weergegee.

Tabel 15: Gedokumenteerde valle per 1 000 beddae (kalenderjaar)

Kwartaal	1	2	3	4
MCCH	1.5	2.2	2.3	1.8
Europa	3.3	3.3	3.7	3.2

MCCH vergelyk weer eens gunstig met ander deelnemende Europese hospitale. Die vergelykbare syfer vir MCSA vir die oorsigjaar is 2.0 per 1 000 beddae.

AKKREDITASIE EN SERTIFISERING

Altesaam sewe MCCH-hospitale het ISO 9001-sertifisering van die International Organisation for Standardisation ("ISO") ontvang.

Al die hospitale spits hulle nou daarop toe om teen die einde van 2009 ISO 9001:2008-sertifiserings te kry, in samewerking met die Swiss Association for Quality and Management Systems ("SWS").

MCCH neem ook deel aan die European Foundation of Quality Management ("EFQM") se Uitmuntendheidsmodel, 'n kwaliteitbestuursmodel wat alle bestuursareas dek. Die doel van die model is om gebruikers te help om uitstekende bestuurspraktyke en bedryfsresultate te behaal. Die EFQM-organisasie ken twee sertifikate toe, naamlik 'n Vlak 1 Verbintenis tot Voortreflikheid-sertifikaat en 'n Vlak 2 Erkenning vir Voortreflikheid-sertifikaat. Daar is tans drie hospitale wat Vlak 1-sertifikate het, en een hospitaal met 'n Vlak 2-sertifikaat.

MEDI-CLINIC MIDDE-OOSTE INSIDENTE

Die hospitaalinsidentbestuur-stelsel van MCME is tans papiergebaseer en statistiese data is nie gereedlik beskikbaar nie. Daar word beoog om 'n verbeterde weergawe van MCSA se elektroniese hospitaalinsidentbestuur-stelsel gedurende 2009 in Dubai te implementeer. Hierdie stelsel sal ook die huidige papiergebaseerde hospitaalinfeksie-moniteringstelsel van MCME insluit.

AKKREDITASIE

Dit is 'n wetsvereiste dat hospitale in die Dubai Health Care City ("DHCC") deur die Joint Commission International ("JCI") geakkrediteer word. MCME is besig om beide sy hospitale in Dubai vir akkreditasie voor te berei en die mikpunt is om teen November 2009 akkrediteringstatus te bereik.

UITKOMSTE

Die kardiotoraks-span by die Welcare Hospital in Dubai versamel al sedert 2002 inligting oor hul aktiwiteite. Hierdie data word in Tabel 16 weergegee.

Tabel 16: Volumesyfers (kalenderjaar)

Aanwyser	2008	2007
Aantal gevalle	73	85
Prosedures		
Kroonaaromleidings	65	68
Klepchirurgie	8	14
Ander kardiaale prosedures	0	3

Tabel 17 toon algemene aanwysers, pasiënt-risikofaktore en kliniese uitkomst. Vergelykbare internasionale syfers is nie vrylik beskikbaar nie.

Tabel 17: Algemene aanwysers, risikofaktore, uitkomst as 'n persentasie van gevalle op die databasis (kalenderjaar)

Aanwyser	2008	2007
Geslag		
Vroulik	16%	15%
Manlik	84%	85%
Ouderdomsverspreiding (jaar)		
< 40	8%	8%
41 – 60	60%	74%
> 60	32%	18%
Risikofaktore		
Hipertensie (hoë bloeddruk)	63%	55%
Dislipidemie	73%	59%
Sigaretrook	53%	52%
Diabetes	58%	49%
Post-operatiewe komplikasies		
Nierversaking	2.7%	0.0%
Ventilasie > 24 uur	2.7%	4.7%
Mortaliteit		
Werklike mortaliteit	1.4%	0.0%

Die meeste pasiënte het kroonaaromleidings ondergaan en meer as 80% van die pasiënte was mans. Die Welcare Hospital se hartpasiënte was jonger in vergelyking met dié by Panorama Medi-Clinic, en met 'n ander risikoprofiel. Aangesien akkurate liggaamsgewig-indeksyfers nie beskikbaar is nie, kan daar nie oor obesiteit as 'n risikofaktor verslag gedoen word nie. Die oorheersende risikofaktor was dislipidemie, gevolg deur hipertensie, diabetes en sigaretrook. Diabetes het by 57% van pasiënte voorgekom, in vergelyking met 23% by Panorama Medi-Clinic.

Die onaangepaste mortaliteitsyfer was 1.3% by die Welcare Hospital. 'n Verwagte mortaliteit en dus vergelykbare indeks kon ongelukkig nie bereken word nie, omdat data nie beskikbaar was nie. Die onaangepaste syfers is nie vergelykbaar nie en daar kan nie kommentaar daaroor gelever word nie.

Weens databeperkings kon die hertoelatingsyfer nie bereken word nie.

DOELWITTE

Gehalte en veiligheid van pasiëntsorg sal altyd volgehoue fokus en noukeurige aandag aan detail verg. Medi-Clinic is tevrede met die vordering wat tot dusver op hierdie gebied gemaak is.

In die jaar vorentoe sal Medi-Clinic voortgaan om die gehalte-inisiatiewe van die drie platforms in 'n enkele kliniese bestuursraamwerk te integreer en te meet, en 'n aantal nuwe inisiatiewe vir die verbetering van gehalte implementeer.

'n Belangrike fokusgebied sal wees om die inligtingsbestuurs- en kliniese prestasie-metingsvermoë van beide MCCH en MCME te verhoog. Nog 'n fokusgebied sal wees om 'n korporatiewe datastoor op te rig wat inligting van al drie platforms volgens gestandaardiseerde definisies sal kombineer, ten einde Medi-Clinic in staat te stel om sinvolle vergelykings tussen die platforms te doen.