

sanatoriumKILCHBERG

PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE



Sanatorium Kilchberg AG
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Alte Landstrasse 70
8802 Kilchberg



Psychiatrie

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
C1	Angebotsübersicht	6
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2010	7
D	Qualitätsmessungen	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	9
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	9
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	10
D2	ANQ-Indikatoren	11
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	12
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	12
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	12
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	12
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	13
D3-2	Stürze	13
D3-3	Dekubitus (Wundliegen)	13
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	14
D3-6	Weiteres Messthema	14
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	16
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	17
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	17
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	17
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	18
F	Schlusswort und Ausblick	21
G	Impressum	22
H	Anhänge	23

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A

Einleitung

Die Privatklinik Sanatorium Kilchberg ist die älteste und traditionsreichste Einrichtung Zürichs für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Seit rund 150 Jahren unterstützen, begleiten und betreuen wir Erwachsene in schwierigen Lebenssituationen. Wir bieten ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen an. Zu unseren Spezialisierungen zählen der internistische Dienst, unsere Angebote für affektiv erkrankte Menschen, die Alterspsychiatrie und unser Behandlungszentrum für Menschen mit Essstörungen. Im Oktober 2009 hat das Sanatorium Kilchberg vom deutschen Institut für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (AMSP e.V.) eine Auszeichnung für besondere Sorgfalt in der Anwendung von Medikamenten erhalten.

Im Vordergrund steht die fachkundige, kompetente und persönliche Beratung und Betreuung. Wir fühlen uns verpflichtet, im Rahmen unseres Leistungsauftrages die bestmögliche psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus bieten wir als Privatklinik attraktive Behandlungsangebote für zusatzversicherte Patienten an. Wir verfolgen einen integrativen Ansatz, der für jeden Patienten einen möglichst individuellen, massgeschneiderten Therapieplan vorsieht.

Entsprechend dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand stützt sich unser Therapieangebot vor allem auf Psychotherapie mit dem Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie sowie auf eine umsichtige medikamentöse Behandlung. Darüber hinaus bieten wir ein attraktives Angebot an Fachtherapien (Körper- und Bewegungstherapie, Ergotherapie und gestaltende Therapien), biologische Verfahren (Licht- und Wachtherapie) und Ernährungstherapie an.

Die Privatklinik Sanatorium Kilchberg liegt inmitten einer grosszügigen Parkanlage mit direktem Blick über den Zürichsee und ermöglicht unseren Patienten erholsamen Rückzug in der Nähe der Stadt. Unser engagiertes Team erstellt einen auf die persönlichen Bedürfnisse zugeschnittenen Behandlungsplan und garantiert auf diese Weise individuelle Betreuung.

Wir engagieren uns für unsere Mitarbeitenden und bieten in grosser Zahl interessante Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Ärzte sowie Pflegefachpersonal an. Wir unterstützen unsere Mitarbeitenden bei der Erreichung ihrer Ziele und fördern sie gemäss ihren eigenen Zielen und den Erfordernissen der Klinik.

Zahlen und Fakten

- 9 Psychiatrische Stationen
- 164 Betten
- 1 Tagesklinik mit 30 Plätzen
- 2 Ambulatorien (Kilchberg und Areal See-Spital, Horgen)
- 370 Mitarbeitende

Anhänge

- A. Organigramm
- B. Auswertung Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern
- C. Auswertung Umfrage zur Beurteilung der Weiterbildung durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

Weiterführende Informationen finden Sie unter <http://www.sanatorium-kilchberg.ch>.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Als renommierte psychiatrische Privatklinik mit innovativen Schwerpunkten stellen wir den Patienten an erste Stelle und positionieren uns als Drehscheibe in der regionalen Grundversorgung.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

1. Patientenzentrierte, teambasierte Prozessorganisation
2. Aufbau eines klinikinternen Fehlermeldesystems
3. Angebotsoptimierung

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- 1. Einführung des Prozessmanagements in der gesamten Klinik**
 - Verabschiedung der Qualitätsstrategie und Mitarbeiterinformation
 - Schulung der Prozesseigner
 - Definition der Prozesslandkarte und Subprozesse
- 2. Einführung eines standardisierten Meldesystems für kritische Zwischenfälle (CIRS)**
 - Implementierung einer Softwarelösung
 - Information und Schulung aller Mitarbeitenden
 - Erfolgreicher Abschluss der Probephase
- 3. Ausbau des Behandlungsangebots**
 - Angebotsoptimierung für Privatpatienten
 - Schwerpunktbildung Angebote Grundversorgung
 - Ausbau Gerontopsychiatrie
 - Konzeptentwicklung Schwerpunkt affektive Störungen

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Ausbau und Evaluation der Prozessorganisation
- Aufbau einer sicheren und vernetzten Informatik (KIS)
- Profitcenterbildung
- Umsetzung des erweiterten Angebots für die Behandlung affektiver Störungen
- Ausbau der baulichen Infrastruktur

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	100 Stellenprocente zur Verfügung.

Ein Organigramm unserer Klinik finden Sie im Anhang.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. phil. Karin HAMMERFALD*	+41 44 716 4075	Karin.Hammerfald@sanatorium-kilchberg.ch	Leitung Qualitätsmanagement
Magdalena STEINEMANN	+41 44 716 4331	Magdalena.Steinemann@sanatorium-kilchberg.ch	Assistentin Qualitätsmanagement
Gianfranco ZUABONI	+41 44 716 4301	Gianfranco.Zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch	Leiter Pflegeentwicklung/ Ansprechpartner Beschwerdemanagement

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Sanatorium Kilchberg AG
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:
Sanatorium Kilchberg	8802 Kilchberg
Tagesklinik Kilchberg	8802 Kilchberg
Ambulatorium Kilchberg	8802 Kilchberg
Ambulatorium Zimmerberg	8810 Horgen

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Alle Standorte	See-Spital, Stadtspital Triemli, Universitätsspital Zürich (USZ), Spital Affoltern, Klinik im Park (Hirslanden), diverse Alters- und Pflegeheime
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (<i>Altersheilkunde</i>)	Sanatorium Kilchberg, Ambulatorium Zimmerberg	See-Spital, Stadtspital Waid
Neurologie (<i>Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems</i>)	Sanatorium Kilchberg, Ambulatorium Zimmerberg	Stadtspital Triemli, Universitätsspital Zürich (USZ)
Psychiatrie und Psychotherapie	Alle Standorte	Psychiatrische Universitätsklinik (PUK), Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW), Klinik Schlössli, Klinik Zürichberg, Spital Affoltern, Psychiatrische Poliklinik

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Alle Standorte	
Ergotherapie	Alle Standorte	
Ernährungsberatung	Alle Standorte	
Neuropsychologie	Alle Standorte	Stadtspital Waid, Gerontozentrum Hegibach
Physiotherapie	Alle Standorte	
Psychologie	Alle Standorte	Psychiatrische Universitätsklinik (PUK), Klaus-Grawe-Institut
Psychotherapie	Alle Standorte	Psychiatrische Universitätsklinik (PUK), Klaus-Grawe-Institut

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2010

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	996	---	---	---
Tagesklinik	129	25	256.4	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär	164	1635	33.7	55033

D

Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde die Patientenzufriedenheit laufend gemessen.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Dargestellt ist der Prozentsatz der Patienten, die angaben, zufrieden oder sehr zufrieden mit verschiedenen Aspekten des Aufenthalts zu sein.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Eintritt: Empfang und Betreuung	96.9%	97 von 100 Patienten fühlten sich bei Ankunft sehr gut oder gut betreut.
Aufenthalt: Qualität der Behandlung	92.3%	92 von 100 Patienten fanden die Behandlung ausgezeichnet oder gut.
Austritt: Abstimmung auf Patientenbedürfnisse	91.0%	Unsere Institution entsprach in 91 von 100 Fällen voll und ganz oder weitgehend den Patientenbedürfnissen.
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Die Benchmark-Ergebnisse für das Jahr 2010 liegen noch nicht vor.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			SIGNA

<input type="checkbox"/> MüPF(-27)		(Züpaz)		
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes				
Einschlusskriterien		Alle stationären und teilstationären Patienten		
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagerin
Name der Ansprechperson	Dr. phil. Karin Hammerfald
Funktion	Qualitätsmanagerin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Telefon: +41 44 716 4075 Mail: Karin.Hammerfald@sanatorium-kilchberg.ch Zeiten: ganztags Mo., Do., Fr.
Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst bisher nicht die Angehörigenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Dargestellt ist der Prozentsatz der Mitarbeitenden, die angaben, zufrieden oder sehr zufrieden mit verschiedenen Aspekten ihrer Anstellung zu sein.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Führung: Allgemeine Zufriedenheit	82%	82 von 100 Mitarbeitenden sind zufrieden mit der Klinikleitung.
Infrastruktur: Allgemeine Zufriedenheit	76%	76 von 100 Mitarbeitenden sind zufrieden mit der bereit gestellten Infrastruktur. Dieser Wert sollte sich durch den Ausbau der Informatik (KIS) und der baulichen Infrastruktur verbessern.
Prozesse und Abläufe: Allgemeine Zufriedenheit	66%	66 von 100 Mitarbeitenden sind zufrieden mit den Prozessen und Abläufen. Dieser Wert sollte sich durch die Einführung des Prozessmanagements verbessern.
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input checked="" type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen mit Multiplechoice-Antworten			
Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden			
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten	36.8	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb /	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:

an allen Standorten, oder... →		
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Unzufriedenheits- Index	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	29.8	Dargestellt werden Unzufriedenheitswerte: Der beste Wert beträgt 0 Indexpunkte, der schlechteste Wert 100 Indexpunkte. Vergleich zu 12 anderen psychiatrischen Institutionen in der Schweiz: In den Ergebnissen wird die Differenz zum Mittelwert aller Institutionen dargestellt.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Leistungsspektrum	28.3	-0.2
Organisation	35.2	-2.4
Einweisungsprozess	27.5	-1.3
Zusammenarbeit	25.5	-3.2
Berichtswesen	32.6	-0.2
Patienten/ Image	29.7	-1.0
Unzufriedenheits-Index	29.8	-1.4 Das Sanatorium Kilchberg schneidet in allen gemessenen Bereichen besser ab als der Durchschnitt der anderen psychiatrischen Kliniken.
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Zuweiser-Zufriedenheit Psychiatrie	Name des Messinstitutes	Mecon
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Der Fragebogen misst anhand von 37 Items und 6 Dimensionen die Zuweiserzufriedenheit.		
Einschlusskriterien		Alle Zuweiser.		
Ausschlusskriterien		Keine.		
Rücklauf in Prozenten		23.2	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.

In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten.

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

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.

In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitalern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?

Nein, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze
Was wird gemessen?	Sturzrisiko und tatsächliche Stürze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Geriatrische Station

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
			Die erhobenen Daten sind bislang nicht systematisch auswertbar. Im Rahmen der Einführung des neuen Klinikinformationssystems (KIS) wird sich dies ab 2011 ändern.

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).
- Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Orthostasetest; Sturzerfassungssystem
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	Risikofaktoren Dekubitus bei Bettlägerigkeit

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Geriatrische Station

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		Die erhobenen Daten sind bislang nicht systematisch auswertbar. Im Rahmen der Einführung des neuen Klinikinformationssystem (KIS) wird sich dies ab 2011 ändern.

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Norton-Skala
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Massnahmen insgesamt: 1315 Betroffene Patienten: 170 Stationäre Austritte 2010: 1635 Durchschnittliche Anzahl Massnahmen pro betroffenem Patienten: 7 (Minimum: 1, Maximum: 244)	Ungefähr jeder zehnte stationäre Patient war von einer freiheitseinschränkenden Massnahme betroffen.

<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: System zur Erfassung von Zwangsmassnahmen
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Aggressionsereignisse
Was wird gemessen?	Häufigkeit; Zeit und Ort; Auslöser; benutzte Mittel; Ziele der Aggression; Konsequenzen; getroffene Massnahmen; Schweregrad der Aggression

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Massnahmen zur Beendigung der Aggression (% der Ereignisse; Mehrfachnennung, Vergleich 2009/2010): 1. Gespräch mit Patient (56.7/52.8) 2. Zwangsmassnahme (57.4/16.4)	2010 konnten Zwangsmassnahmen nach Aggressionseignissen um über 40% gesenkt werden. Dies ist vermutlich auf regelmässige Mitarbeiterschulungen zum Aggressionsmanagement und deeskalierende Massnahmen im Gespräch mit dem Patienten zurückzuführen.

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: System zur Erfassung von Aggressionseignissen
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:

Messthema	Symptomverlauf
Was wird gemessen?	Veränderung der Symptomatik während der Behandlung

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Symptomatische Belastung: -12.01 Zwischenmenschliche Beziehungen: -2.72 Soziale Integration: -2.78 Gesamtskala: -17.26	Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Skalenwerte bei Austritt im Vergleich zum Eintritt. Niedrigere Werte bedeuten eine Verbesserung.

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). Diese Ergebnisse liegen noch nicht vor.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz: Diverse Messinstrumente

Die Benchmark-Ergebnisse für das Jahr 2010 liegen noch nicht vor.

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AMSP (Arzneimittelsicherheitsprojekt)	A	A: AMSP e. V.	Status A Dauererfassung
Reporting GD	A	B: Gesundheitsdirektion Zürich	Status A Dauererfassung
Nationales Monitoring kRM (klinisches Risikomanagement)	A	B: ETH Zürich; HS Luzern	Status A Messung in mehrjährigen Abständen
Evaluation der Weiterbildungsstätte in Psychiatrie und Psychotherapie (Art. 43 WBO)	B: Ärztlicher Dienst	A: SIWF FMH, WBSK	Status A Messung in mehrjährigen Abständen
Umfrage zur Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte	B: Ärztlicher Dienst	A: SIWF FMH	Status A Jährliche Messungen
Bemerkungen			
<p>Im Oktober 2009 hat das Sanatorium Kilchberg vom deutschen Institut für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (AMSP e.V.) eine Auszeichnung für besondere Sorgfalt in der Anwendung von Medikamenten erhalten.</p> <p>Das Sanatorium Kilchberg wurde 2010 als Weiterbildungsstätte in Psychiatrie und Psychotherapie ambulant und stationär in die höchste Kategorie A (3 Jahre) eingeteilt. Als Weiterbildungsstätte für Innere Medizin wurde unsere Klinik in Kategorie D (6 Monate) und als Weiterbildungsstätte für Innere Medizin Geriatrie in Kategorie B* (6Monate) eingeteilt.</p> <p>Die Auswertungen des Monitorings zum klinischen Risikomanagement und der Umfrage zur Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte finden Sie im Anhang.</p>			

Legende:

- ¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Hygienekonzept	Hotellerie/ Küche	Ohne Zertifizierung		Schulungen und Audits der Firma Diversy

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Entwicklung Prozessmanagement	Aufbau patientenzentrierte, teambasierte Prozessorganisation	Ganzer Betrieb	04.2009 bis 06.2010
Implementierung CIRS Meldesystem	Einführung eines Meldesystems für kritische Zwischenfälle	Ganzer Betrieb	01.2010 bis 10.2010
Implementierung Prozessmanagement und Auditwesen	Steuerung und Überprüfung von Kern-, Management- und Supportprozessen	Ganzer Betrieb	07.2010 bis 12.2011
Entwicklung Stationskonzept B3	Weiterentwicklung Gerontopsychiatrie	Ganzer Betrieb	08.2009 bis 12.2010
Konzeptentwicklung Schwerpunkt Affektive Störungen	Ausbau und Differenzierung des Schwerpunkts affektive Störungen	Ganzer Betrieb	04.2010 bis 12.2010
Projektmanagement	Realisierung von Projekten	Ganzer Betrieb	laufend
Beschwerdemanagement	Erkennen von Unzufriedenheiten und deren Bearbeitung	Ganzer Betrieb	laufend
Ideenmanagement	Förderung von Innovation durch betriebliches Vorschlagswesen	Ganzer Betrieb	laufend
Systematische Suizidrisikoeinschätzung und Massnahmenpläne	Standardisierte Einschätzung der Basissuizidalität bei Eintritt mit Verlaufskontrollen	Ganzer Betrieb	laufend
Systematische Gewaltrisikoeinschätzung	Einschätzung des Gewaltrisikos nach Broeset	Ganzer Betrieb	laufend
Sturzerfassungssystem	Erfassung Sturzrisiko bei Eintritt; Sturzprotokoll nach Stürzen; Massnahmenpläne	Geriatric	laufend
Dekubitusprophylaxe	Dekubitusverhinderung	Geriatric	laufend
Eintritts-, Verlaufs-Outcomemessungen	Diagnostik; Intervention; KVP; Benchmarking	Ganzer Betrieb	laufend
Fallbezogene Supervision und	Optimierung der patientenbezogenen Arbeit	Ganzer Betrieb	laufend

Teamsupervision	und der Arbeit im Team		
Mitarbeiterschulungen Aggressionsmanagement	Deeskalation und Senkung von Zwangsmassnahmen	Ganzer Betrieb	laufend
Mitarbeiterschulungen Reanimation	Sicherstellung von Notfallmassnahmen	Ganzer Betrieb	laufend
Journal Club	Austausch neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse	Ärztlicher Bereich	laufend
Klinische Fallbesprechungen	Steigerung der Behandlungskompetenz	Ärztlicher Bereich	laufend
AMSP-Fallbesprechungen	Steigerung der Behandlungskompetenz	Ärztlicher Bereich	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitle	Implementierung CIRS																																
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)																															
Projektziel	Einführung eines klinikinternen Fehlermeldesystems (CIRS) in allen Einrichtungen der Sanatorium Kilchberg AG																																
Beschreibung	Absicht dieses Projektes war der Aufbau eines CIRS mit dem Zweck, Fehlerquellen systematisch zu identifizieren, Ursachen abzuklären und Massnahmen zur künftigen Verhinderung von Fehlern einzuleiten. Es sollte bezüglich Handhabbarkeit und Anonymisierung so konzipiert sein, dass es von allen Mitarbeitern genutzt wird. Da die Absicht bestand, sich zwecks Datenaustausch dem Netzwerk OSIRIS anzuschliessen, sollte die Software mit dem CIRS-Verbund der drei universitären Kliniken Zürich, Basel und Bern kompatibel sein.																																
Projektablauf / Methodik	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Phase</th> <th>Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Vorbereitung</td> <td>10.2009</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Implementierung einer CIRS-Arbeitsgruppe</td> <td>10.-12.2009</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Sichtung verschiedener Software-Systeme und deren Evaluation bzgl. Kosten, Handhabbarkeit, Kompatibilität</td> <td>10.-12.2009</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kraffteldanalyse: Welche Faktoren fördern, welche behindern eine erfolgreiche CIRS-Implementierung und -Anwendung?</td> <td>10.-12.2009</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Vorbereitung und zeitliche Planung von Informationsveranstaltungen und Schulungen für alle Mitarbeiter</td> <td>01.-02.2010</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Implementierung</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Technische Installation der gewählten Software (new-win)</td> <td>01.-02.2010</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schulungen für alle Mitarbeiter</td> <td>08.-10.2010</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Probelauf</td> <td>10.-12.2010</td> </tr> </tbody> </table>			Phase		Zeitraum	Vorbereitung		10.2009	1.	Implementierung einer CIRS-Arbeitsgruppe	10.-12.2009	2.	Sichtung verschiedener Software-Systeme und deren Evaluation bzgl. Kosten, Handhabbarkeit, Kompatibilität	10.-12.2009	3.	Kraffteldanalyse: Welche Faktoren fördern, welche behindern eine erfolgreiche CIRS-Implementierung und -Anwendung?	10.-12.2009	4.	Vorbereitung und zeitliche Planung von Informationsveranstaltungen und Schulungen für alle Mitarbeiter	01.-02.2010	Implementierung			1.	Technische Installation der gewählten Software (new-win)	01.-02.2010	2.	Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schulungen für alle Mitarbeiter	08.-10.2010	3.	Probelauf	10.-12.2010
Phase		Zeitraum																															
Vorbereitung		10.2009																															
1.	Implementierung einer CIRS-Arbeitsgruppe	10.-12.2009																															
2.	Sichtung verschiedener Software-Systeme und deren Evaluation bzgl. Kosten, Handhabbarkeit, Kompatibilität	10.-12.2009																															
3.	Kraffteldanalyse: Welche Faktoren fördern, welche behindern eine erfolgreiche CIRS-Implementierung und -Anwendung?	10.-12.2009																															
4.	Vorbereitung und zeitliche Planung von Informationsveranstaltungen und Schulungen für alle Mitarbeiter	01.-02.2010																															
Implementierung																																	
1.	Technische Installation der gewählten Software (new-win)	01.-02.2010																															
2.	Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schulungen für alle Mitarbeiter	08.-10.2010																															
3.	Probelauf	10.-12.2010																															
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Im Rahmen von OSIRIS (CIRS-Datenbank für die Psychiatrie): Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Psychiatrische Universitätsklinik Bern, Psychiatrische Universitätsklinik Basel <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb																																
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Medizin, Pflege, Verwaltung																																
Projektelevaluation / Konsequenzen	Das CIRS stiess in allen Arbeitsbereichen auf hohe Resonanz. Bis Ende 2010 wurden 75 Meldungen eingegeben und zügig durch die betreffenden Bereichsleitungen bearbeitet. Die Qualitätsmanagerin koordiniert die Problemanalyse und Massnahmenplanung und informiert die Geschäftsleitung quartalsweise über übergeordnete Problemstellungen. Neben zahlreichen umgesetzten Einzelmassnahmen sind die externe Analyse des Medikationsprozesses sowie die Implementierung eines Qualitätszirkels geplant.																																
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente, http://www.osiris-portal.ch																																

Projekttitlel	Entwicklung Prozessmanagement (PM)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Aufbau einer patientenzentrierten, teambasierten Prozessorganisation	
Beschreibung	Nach Gründung eines interdisziplinären Projektteams wurde ein detaillierter Vorgehensplan erarbeitet. Konzeptionelle und instrumentelle Grundlagen des PM & QM wurden basierend auf dem EFQM-Modell definiert. Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem (QMS) und die Qualitätsefähigkeit der Organisation wurden festgelegt. Das Projektteam definierte die Prozesslandschaft des Sanatoriums Kilchberg und erarbeitete und dokumentierte die drei wichtigsten Prozesse Eintritt, Behandlung und Austritt unter Einbezug aller relevanten Berufsgruppen.	
Projekttablauf / Methodik	<p>The flowchart illustrates the project methodology through five modules and their corresponding process steps:</p> <ul style="list-style-type: none"> Modul A: Projektvorbereitung (Kick-off und Schulung Projektteam & Ringteam) leads to Initialisierung (1). Modul B: Definition konzeptioneller und instrumenteller Grundlagen des QM (Erarbeitung Prozesslandschaft) leads to Grundlagen & Prozesslandschaft (2). Modul C: Erarbeitung und Dokumentation des Musterprozesses und zwei weiterer Prozesse leads to Erarbeitung Musterprozess (3a) and Erarbeitung Prozesse (3b). Modul D: Aufbau QM-Dokumentation einschliesslich Definition der QM-Organisation leads to Aufbau QMS & QM-Organisation (4). Modul E: Definition Schulungskonzept, Schulung & Einführung, Definition nächste Schritte leads to Schulung & Einführung (5). <p>Meilensteine, Abnahme Ergebnisse durch Projektsteuerung</p>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialdienst, ergänzende Therapien	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Projektabwicklung erfolgte exemplarisch nach den Grundsätzen des Projektmanagements. Das Projektteam wurde zu Beginn des Projekts bezüglich der Methodik des Prozess- und Qualitätsmanagements geschult und damit optimal auf die gemeinsame Arbeit vorbereitet. Die Projektorganisation, die Rollen im Projekt, die Art und Weise der Zusammenarbeit sowie die projektinterne und -externe Kommunikation wurden mit dem Projektteam gemeinsam festgelegt. Die gestaffelte Vorgehensweise berücksichtigte eine Ressourcen schonende Einbindung der für die Umsetzung der Prozesse und des QMS verantwortlichen Personen. Die Zusammensetzung eines interdisziplinären Projektteams sicherte das Erarbeiten von tragfähigen Lösungen und Prozessen. In einem nächsten Schritt werden die Prozesse gestaffelt auf den Stationen eingeführt und deren Umsetzung mit Hilfe von klinikinternen Audits überprüft.	
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente	

Projekttitlel	Ausbau und Differenzierung des Schwerpunkts Affektive Störungen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Wir möchten kontinuierlich auf hohem Niveau ein differentielles und umfassendes Angebot für Patienten mit affektiven Störungen anbieten, welches sich „wie ein roter Faden“ durch die verschiedenen Stationen und Bereiche zieht. Wissenschaftliche Begleitstudien untersuchen und evaluieren das therapeutische Angebot im Bereich affektiver Erkrankungen und erhöhen damit unsere Qualifikation.	
Beschreibung	Das Sanatorium Kilchberg hat traditionell eine hohe Behandlungskompetenz im Bereich der affektiven Störungen. Im Rahmen des Projekts sollten die vorhandenen Therapieangebote bezüglich ihrer Ausbaufähigkeit im Haus geprüft werden und ein übergreifendes Konzept entwickelt werden.	
Projekttablauf / Methodik	IST-Situation: Unsere Klinik verfügt über zahlreiche Behandlungsangebote für unipolare und bipolare Depressionen. Dazu gehören: <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapeutische Einzeltherapie mit Angehörigen- und Familiengesprächen; - Klinische Hypnosetherapie für ambulante Patienten und Patienten der Privatstationen; - Psychotherapeutische Gruppentherapie Depressionskurs; - Internettherapie Deprexis; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Chronobiologie: Wachtherapie und Therapie mit Lichtlampen; - Abklärung und Behandlung von Schlafstörungen; - Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) für die Behandlung chronischer Depressionen; - Differentielle Psychopharmakotherapie inkl. therapeutischem drug-monitoring und pharmakogenetischer Testung sowie Infusionstherapien; - Indikationsstellung und Betreuung von Vagusnerv-Stimulationen; - Konsiliarische Überweisung für Ketamin-Infusionen und Elektrokrampftherapie in andere psychiatrische Kliniken; - Psychotherapeutisch geleitete psychoedukative Bipolargruppe; - Gruppenangebot zum Training emotionaler Kompetenzen (TEK). <p>SOLL-Situation: Diese Angebote sollen gegebenenfalls ausgebaut und in ein Gesamtkonzept integriert werden.</p>
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Psychotherapeuten
Projektevaluation / Konsequenzen	<p>Das bestehende Angebot soll weitergeführt werden. Für die unipolaren Depressionen soll <i>psychotherapeutisch</i> CBASP ausgebaut werden, sowie die Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) zur Rückfallprophylaxe, ausserdem aus dem Bereich der <i>biologischen</i> Verfahren die Chronobiologie. Die Kompetenzen in der Behandlung von Burnout-Patienten sind im wesentlichen vorhanden, sollen jedoch in einem Konzept ausgearbeitet und im klinischen Alltag vertieft werden. Für bipolare Patienten soll eine Spezialsprechstunde aufgebaut werden, das Gruppentherapieangebot verbessert werden und Konzepte für die stationäre Behandlung erarbeitet werden. Ausserdem soll das psychologische Prinzip der Ressourcenaktivierung in der interdisziplinären Arbeit gestärkt werden, da insbesondere Patienten mit affektiven Erkrankungen sehr davon profitieren.</p> <p>Das Angebot von CBASP soll fest im Haus implementiert werden. Mehrere Mitarbeiter schliessen ihre CBASP-Ausbildung ab und einige werden auch zertifiziert.</p> <p>Für die <i>Chronobiologie</i> wird bis Ende März 2011 ein Konzept erstellt, welches ein Vorgehen in Form von Modulen nach modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen beschreibt. Zudem sind Lichtwände budgetiert, so dass alle Patienten, die davon profitieren können, die Möglichkeit für diese Therapie haben. Für die Gerontopsychiatrie steht zudem eine Lichtkabine zur Verfügung. Neben der Lichttherapie umfasst die Chronobiologie auch die Wachtherapie und den Einsatz melatonenerger Substanzen sowie die Abklärung von Schlafstörungen.</p> <p>Das Konzept <i>Spezialangebote für bipolare Erkrankungen</i> wird bis Ende Juni 2011 erstellt und umfasst a) den Aufbau einer Spezialsprechstunde im Ambulatorium Kilchberg, b) die Weiterentwicklung der Bipolargruppe und c) Grundlagen für die stationäre Behandlung bipolarer Erkrankungen.</p> <p>Im Sanatorium Kilchberg gibt es interdisziplinär ein grosses Angebot, welches dem Therapieprinzip der <i>Ressourcenaktivierung</i> entspricht. Es werden interdisziplinäre Weiterbildungen zum Thema Ressourcenaktivierung geplant.</p> <p>Depressive Erkrankungen haben eine hohe Rezidivgefahr. Ein spezifisches Programm zur Rückfallprophylaxe stellt die <i>Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)</i> dar. Dieses standardisierte Gruppenprogramm wird ab Herbst 2011 im Sanatorium Kilchberg angeboten und zusätzlich mit einer neurobiologisch orientierten Begleitstudie untersucht.</p> <p>Vor allem im Premiumsegment, aber auch in den Spezialsprechstunden werden Patienten mit <i>Burnout-Symptomatik</i> behandelt. Im Rahmen eines Konzeptes, sollen mögliche einzel- und gruppentherapeutische Behandlungsansätze sowie Empfehlungen zur Pharmakotherapie herausgearbeitet und in der Folge davon eingeführt werden. Ziel ist es, eine <i>Spezialsprechstunde</i> für Burnout einzuführen sowie ein <i>spezifisches stationäres Angebot</i>, insbesondere auf den Privatstationen, anzubieten.</p>
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente

F

Schlusswort und Ausblick

Im Sanatorium Kilchberg wurden 2010 zahlreiche Qualitätsprojekte in Angriff genommen. Ziel all dieser Bemühungen ist es, nachhaltige Lösungen für Herausforderungen zu bieten, die sich zukünftig im Schweizer Gesundheitswesen stellen werden.

Mit Hilfe des Aufbaus eines teambasierten, patientenzentrierten Prozessmanagements wurde die Organisationsstruktur unserer Klinik optimiert. Dank der Einführung eines CIRS konnten Verbesserungsaktivitäten auf unterschiedlichsten Ebenen unternommen werden, was dem Selbstverständnis unserer Klinik als lernender Organisation entspricht. Der Ausbau des Behandlungsangebots trug dazu bei, den guten Ruf des Sanatoriums als hervorragende Fachklinik mit erstklassigem Behandlungsangebot zu bewahren und weiter auszubauen.

Die weiterführende Umsetzung des Prozessmanagements auf den Stationen, die Bildung von Profitcentern sowie der Ausbau einer sicheren und vernetzten Informatik in einem Klinikinformationssystem (KIS) sind wichtige interprofessionelle Schwerpunktziele für das Jahr 2011.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern**) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität[®] wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Qualitätsmonitoring Basel-Stadt**) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität[®] mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques**) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

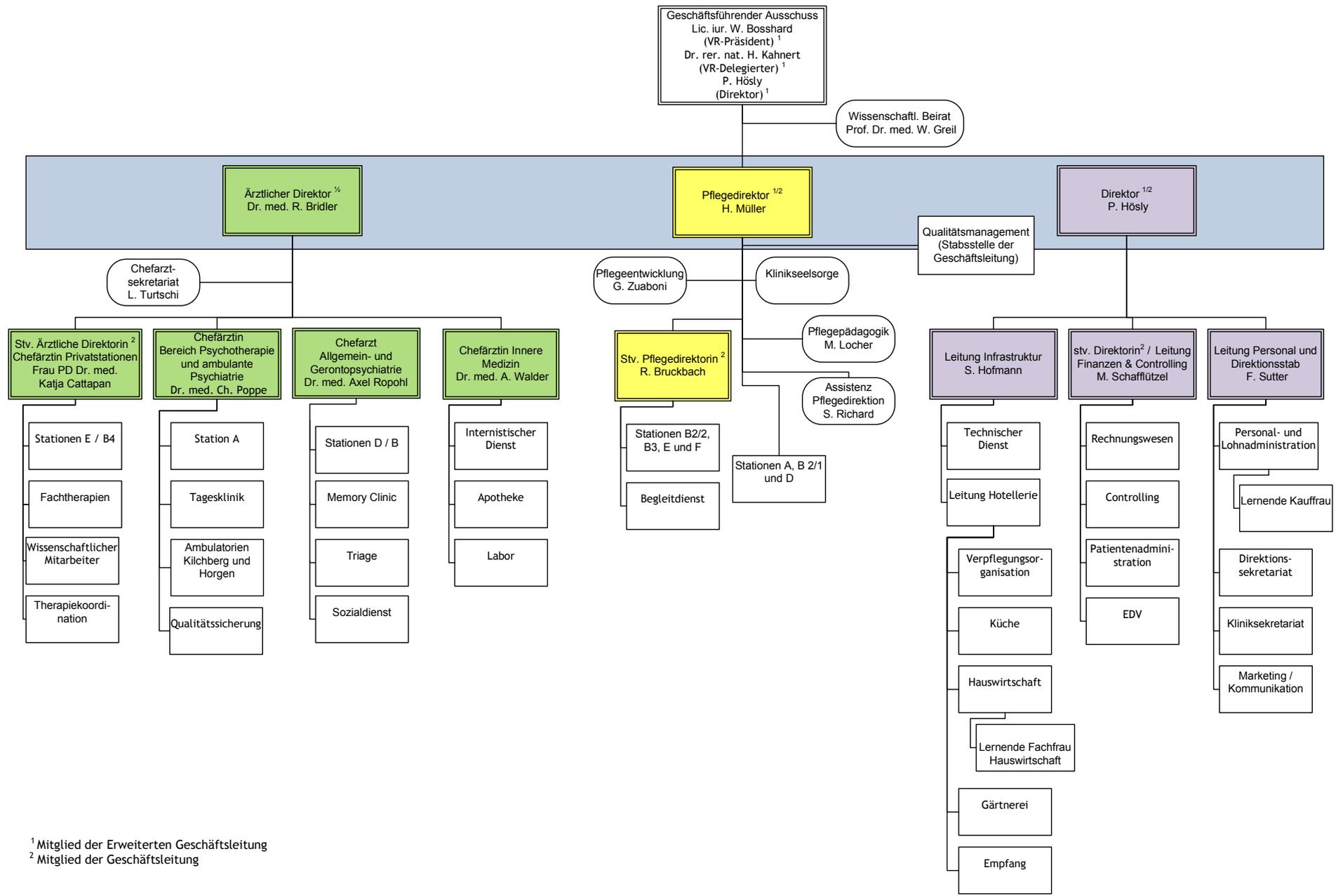
Siehe auch <http://www.anq.ch>



Anhänge

- A. Organigramm Sanatorium Kilchberg
- B. Auswertung Monitoring klinisches Risikomanagement
- C. Auswertung Umfrage zur Beurteilung der Weiterbildung durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

Organigramm Sanatorium Kilchberg AG



¹ Mitglied der Erweiterten Geschäftsleitung
² Mitglied der Geschäftsleitung

Spitalspezifische Auswertung zur Erhebung Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern 2. Monitoring 2010

Sanatorium Kilchberg AG

P. Hösly

p.hoesly@sanatorium-kilchberg.ch

Ihr Spital hat im Sommer 2010 am 2. Monitoring zum klinischen Risikomanagement (kRM) des Zentrums für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich und der Hochschule Luzern – Wirtschaft teilgenommen. Wie angekündigt erhalten Sie anbei die detaillierte, auf Ihr Spital bezogene Auswertung, die einen Überblick über die aktuelle Situation und die geplanten Entwicklungen im kRM sowie einen Vergleich mit den Spitälern Ihres Spitaltyps bietet.

Definition klinisches Risikomanagement

„Klinisches Risikomanagement“ (Abkürzung: kRM) verstehen wir als die Gesamtheit der Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, welche die Mitarbeitenden eines Spitals dabei unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen. Dabei stehen nicht einzelne Mitarbeitende und potenzielle Fehler im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern das „Gesamtsystem Spital“. KRM trägt zur Erhöhung der Behandlungssicherheit bei und kann damit helfen, langfristig die Kosten zu reduzieren.

Der *idealtypische Risikomanagementprozess* beinhaltet folgende Phasen: Entwicklung einer Risikostrategie, Identifikation, Analyse, Gewichtung und Handhabung sowie Dokumentation und Controlling der Risiken und der entsprechenden Massnahmen. Gezielte Kommunikation begleitet diesen Prozess und die verschiedenen Einzelmassnahmen sowie themenspezifischen Projekte werden koordiniert. In der Praxis sind die Aufgaben des kRM häufig im Qualitätsmanagement angesiedelt.

Inhalt der Rückmeldeunterlagen

Die Rückmeldeunterlagen bestehen aus 3 Teilen:

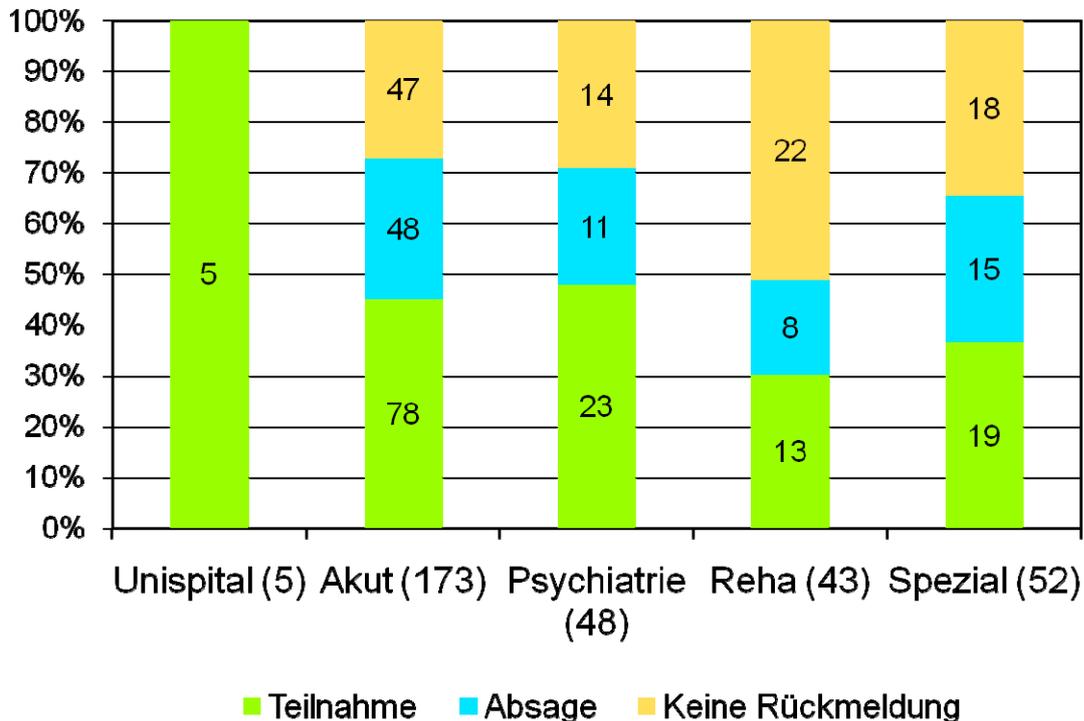
- **Management Summary** (separates Dokument), welches in verdichteter Form die übergreifenden Ergebnisse der Erhebung darstellt. Das Management Summary enthält zusammengefasste Informationen und keine Ergebnisse einzelner Spitäler. Es wurde den Personen, die die Erhebung ausgefüllt haben sowie den CEOs aller Schweizer Spitäler zugestellt.
- **Spitalspezifische Rückmeldung: Überblicksdiagramme**, die in einfacher Form einen Überblick über die Ergebnisse der Studie geben (S. 4-10).
- **Spitalspezifische Rückmeldung: detaillierte, spitalspezifische Auswertung** zu allen Fragen im Erhebungsbogen, die einen Einblick in die aktuelle Situation und die geplanten Entwicklungen im kRM sowie einen Vergleich mit den Spitälern Ihres Spitaltyps bietet (S. 11-44).

Falls Sie Rückmeldungen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Matthias Briner:
matthias.briner@hslu.ch oder 041 228 99 39

Inhaltsverzeichnis

Beteiligung an der Erhebung	3
1) Spitalspezifische Überblicksdiagramme zum klinischen Risikomanagement in Schweizer Spitälern.....	4
Vorbemerkung	4
Diagramm 1: Risikomanagement-Prozess auf Spitalebene.....	5
Diagramm 2: Weitere Aspekte des kRM (Leadership, Partizipation, Ausbildung) auf Spitalebene.....	6
Diagramm 3: Optimierungspotenziale	7
Diagramm 4: Incident Reporting System auf Spitalebene.....	8
Diagramm 5: kRM in den einzelnen Kliniken.....	9
2) Detaillierte, spitalspezifische Auswertung.....	11
Lesen der Graphiken	11
A) Ausgestaltung und organisationale Einbettung des klinischen Risikomanagements (kRM) in Ihrem Spital	12
B) Strategische und operative Umsetzung des kRM in Ihrem Spital	20
Ziele des klinischen Risikomanagements Ihres Spitals.....	20
Optimierungspotenziale im kRM Ihres Spitals.....	22
Aktuelle Situation des kRM in Ihrem Spital	25
Meldesystem für kritische Ereignisse (Incident Reporting System)	30
C) Überblick über das kRM in den einzelnen Kliniken bzw. in den Bereichen mit Patientenkontakt Ihres Spitals.....	34

Beteiligung an der Erhebung



Es wurden alle Spitäler in der Schweiz angeschrieben. Bei ausgewählten Spitälern wurden die Hauptgründe für eine Absage erfragt.

Berechnung des Rücklaufs:

- Beteiligung insgesamt: 138 Spitäler von 321 (43%). Wenn 1 Verbund für alle Standorte geantwortet hatte, wurden für die Berechnung des Rücklaufs die entsprechende Anzahl der Standorte eingerechnet. Im Folgenden wird der Datensatz jedes Spitals bzw. jedes Verbunds als 1 gerechnet, womit 98 Datensätze vorliegen, die insgesamt 138 Spitäler abbilden.
- Beteiligung nach Sprachregionen:
 - Deutschschweiz: 94 von 217 (43%)
 - Französischsprachige Schweiz: 35 von 86 (41%)
 - Italienischsprachige Schweiz: 9 von 18 (50%)

Die Beteiligung nach Spitaltyp sah folgendermassen aus:

- Universitätsspitäler: alle 5 schweizerischen Universitätsspitäler haben teilgenommen.
- Akut-Spitäler:
 - 31 sind Teil eines Verbunds
 - Hauptgründe für Nicht-Beteiligung: „keine Zeit“, „Institution zu klein“, „andere Prioritäten“, „im Aufbau“.
- Psychiatrische Kliniken:
 - 2 sind Teil eines Verbunds
 - Hauptgrund für Nicht-Beteiligung: „keine Zeit“.
- Rehabilitationskliniken:
 - 5 sind Teil eines Verbunds
 - Hauptgründe für Nicht-Beteiligung: „keine Zeit“, „im Aufbau“, „zu spezifisch“.
- Spezialkliniken:
 - 4 sind Teil eines Verbunds
 - Hauptgrund für Nicht-Beteiligung: „keine Zeit“.

1) Spitalspezifische Überblicksdiagramme zum klinischen Risikomanagement in Schweizer Spitälern

Vorbemerkung

Die folgenden Diagramme geben einen Überblick über die Ergebnisse der Studie. Abgebildet werden pro Themenbereich jeweils der Mittelwert jeder Frage bezogen auf **alle Spitäler (hellblaue Linie)** und bezogen auf **Ihren Spitaltyp (orange Linie)**. Zusätzlich wird der Wert, den Sie im Erhebungsbogen angegeben haben für **Ihr Spital mit der schwarze Linie für 2010** angezeigt und mit der **grauen Linie für 2007**. Falls keine oder unvollständige Daten für 2007 vorliegen, wird keine graue Linie ausgegeben, stattdessen wird unterhalb der Graphik vermerkt: „Für 2007 liegen uns keine vollständigen Angaben für Ihr Spital vor“.

Die Skala beginnt jeweils bei (1). Wenn Sie für eine Frage keinen Wert angegeben haben, wird für Ihr Spital der Wert "0" angegeben bzw. die Linie geht zum Mittelpunkt des Diagramms. In der Legende unterhalb des Diagramms wird jeweils angegeben, was die einzelnen Fragen und Punktwerte bedeuten.

Diese Form der Darstellung ist bewusst vereinfachend. So sagt zum Beispiel der Mittelwert nichts über die Verteilung der einzelnen Antworten aus. Für ein differenziertes Verständnis sollten die Diagramme in Kombination mit den detaillierten, spitalspezifischen Ergebnissen in Kapitel 2) betrachtet werden. Zudem umfasst der Mittelwert über eine Gruppe von Spitälern Dezimalstellen, wohingegen die Werte für ein *einzelnes* Spital immer ganzzahlig sind. Ebenso dienen die Verbindungen zwischen den einzelnen Mittelwerten lediglich der besseren Lesbarkeit, genau genommen handelt es sich um *Datenpunkte* (Distanz zum "0"-Punkt).

Diagramm 1: Risikomanagement-Prozess auf Spitalebene

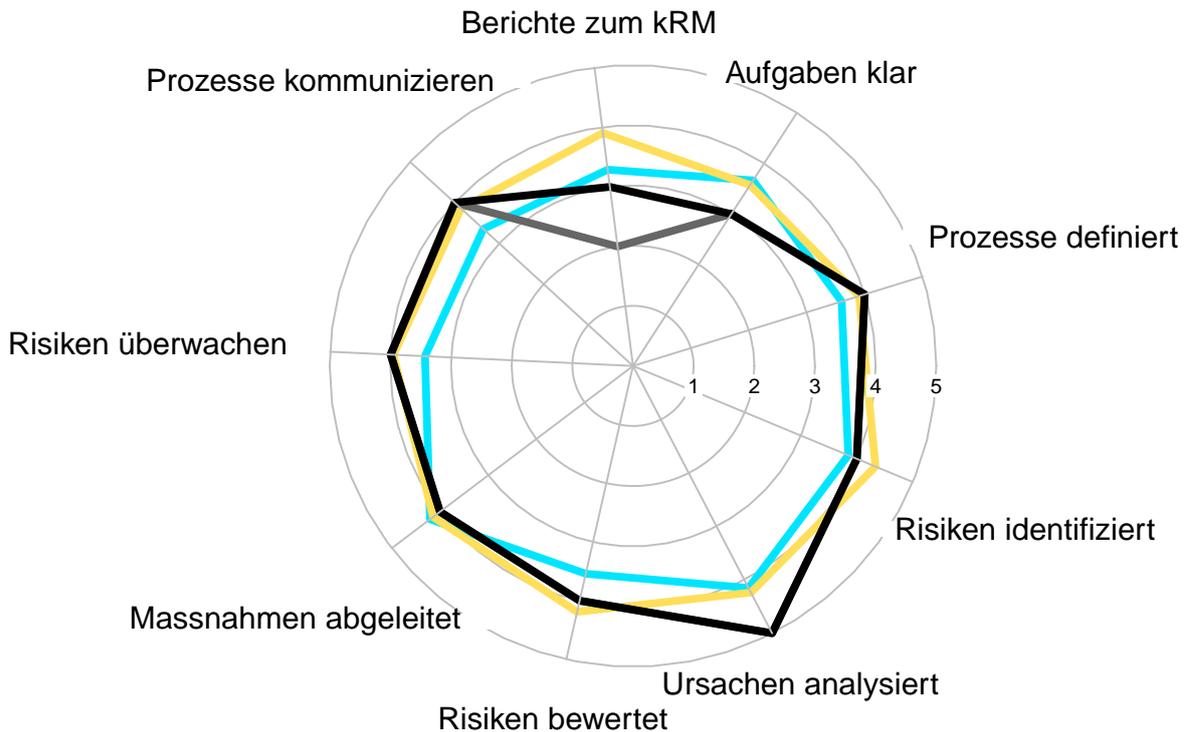


Abb. 409_Diagramm_2a

Diagramm 1 stellt die Antworten zu folgenden Fragen dar (geordnet entlang einem Standard-Risikomanagement-Prozess; vgl. detaillierte Auswertung S. 25-27):

Beschriftung Diagramm	Fragetext im Erhebungsbogen
Aufgaben klar	Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM ihres Spitals sind definiert.
Prozesse definiert	Die Prozesse des kRM sind spitalweit definiert und dokumentiert.
Risiken identifiziert	Die klinischen Risiken werden auf Spitalebene identifiziert.
Ursachen analysieren	Die Ursachen und Umstände eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess werden nicht nur auf Klinikebene, sondern auch auf Spital-ebene analysiert.
Risiken bewerten	Die klinischen Risiken werden spitalweit bewertet.
Massnahmen ableiten	Aufgrund der Ursachenanalyse eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess werden auf Spitalebene Massnahmen abgeleitet.
Risiken überwachen	Veränderungen der klinischen Risiken werden auf Spitalebene überwacht.
Prozesse kommunizieren	Die spitalweiten Prozesse des kRM werden allen Mitarbeitenden kommuniziert.
Berichte zum kRM	Berichte zum klinischen Risikomanagement werden für das gesamte Spital erstellt.

Die **aktuelle Situation des kRM** in Schweizer Spitälern stellen wir entlang eines systematischen Risikomanagementprozesses auf einer 5-stufigen Skala dar. Die Antwortmöglichkeiten beziehen sich immer auf die Beurteilung einer spezifischen Massnahme und bedeuten folgendes:

- (1) Noch nicht damit befasst
- (2) Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- (3) Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant
- (4) Unsystematisch umgesetzt
- (5) Systematisch umgesetzt; Oder: Bewusst dagegen entschieden (diese Antwortkategorie wurde eher selten genutzt; siehe in der detaillierten Auswertung)

Diagramm 2: Weitere Aspekte des kRM (Leadership, Partizipation, Ausbildung) auf Spitalebene

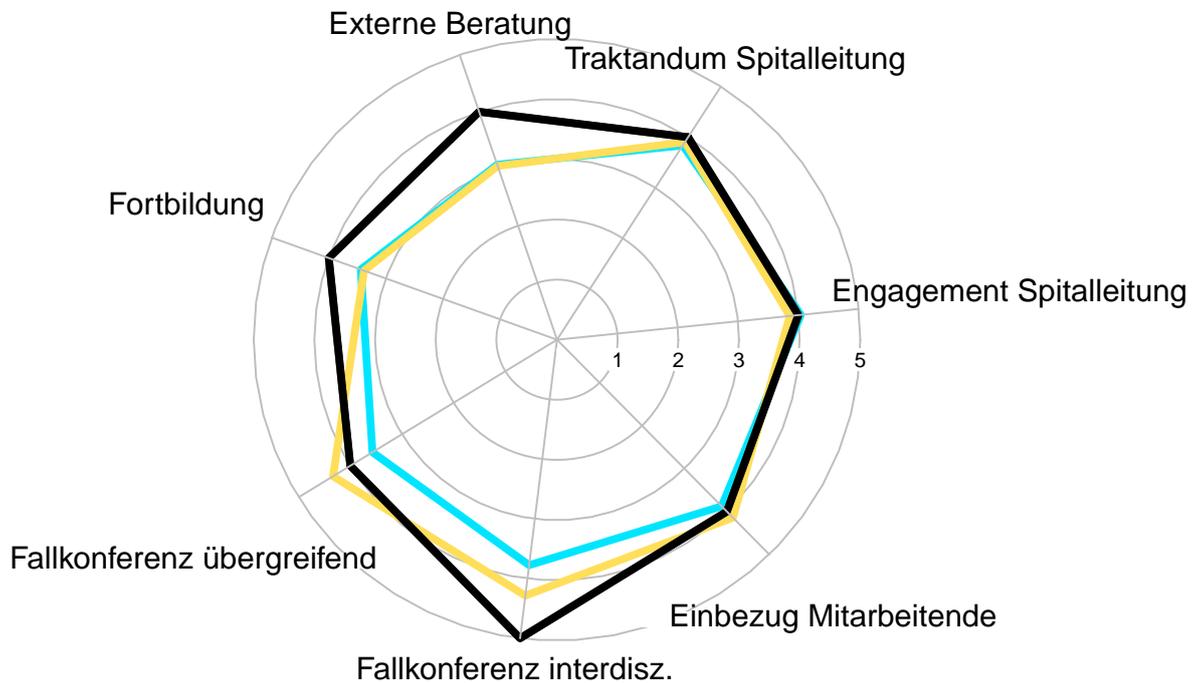


Abb. 409_Diagramm_2b

Diagramm 2 stellt die Antworten zu folgenden Fragen dar (geordnet nach Themen; vgl. detaillierte Auswertung S. 27-29):

Beschriftung Diagramm	Fragetext im Erhebungsbogen
Traktandum Spitalleitung	Klinisches RM und Fragen der Patientensicherheit sind ein regelmässiges Traktandum in der Spitalleitungssitzung.
Engagement Spitalleitung	Die Spitalleitung macht durch konkrete Aktivitäten ihr Engagement bei Fragen zur Patientensicherheit sichtbar.
Einbezug Mitarbeitende	Die Mitarbeitenden werden aktiv ins kRM einbezogen (z.B. bei der Identifikation klinischer Risiken).
Fallkonferenz interdisz.	Es werden auf Spitalebene interdisziplinäre Fallkonferenzen durchgeführt.
Fallkonferenz übergreifend	Es werden auf Spitalebene berufsgruppenübergreifende Fallkonferenzen durchgeführt.
Fortbildungen	Für die Mitarbeitenden des Spitals werden regelmässige Fortbildungen zu Themen des kRM und der Patientensicherheit durchgeführt.
Externe Beratung	Externe Stellen werden in die Weiterentwicklung des kRM des Spitals eingebunden (z.B. im Rahmen von Beratungen, Audits usw.).

Der zweite Teil der **aktuellen Situation des kRM** in Schweizer Spitälern, dargestellt anhand weiterer erfolgskritischer Faktoren (Leadership, Partizipation, Ausbildung) auf einer 5-stufigen Skala:

- (1) Noch nicht damit befasst
- (2) Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- (3) Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant
- (4) Unsystematisch umgesetzt
- (5) Systematisch umgesetzt; Oder: Bewusst dagegen entschieden (diese Antwortkategorie wurde eher selten genutzt; siehe in der detaillierten Auswertung)

Diagramm 3: Optimierungspotenziale

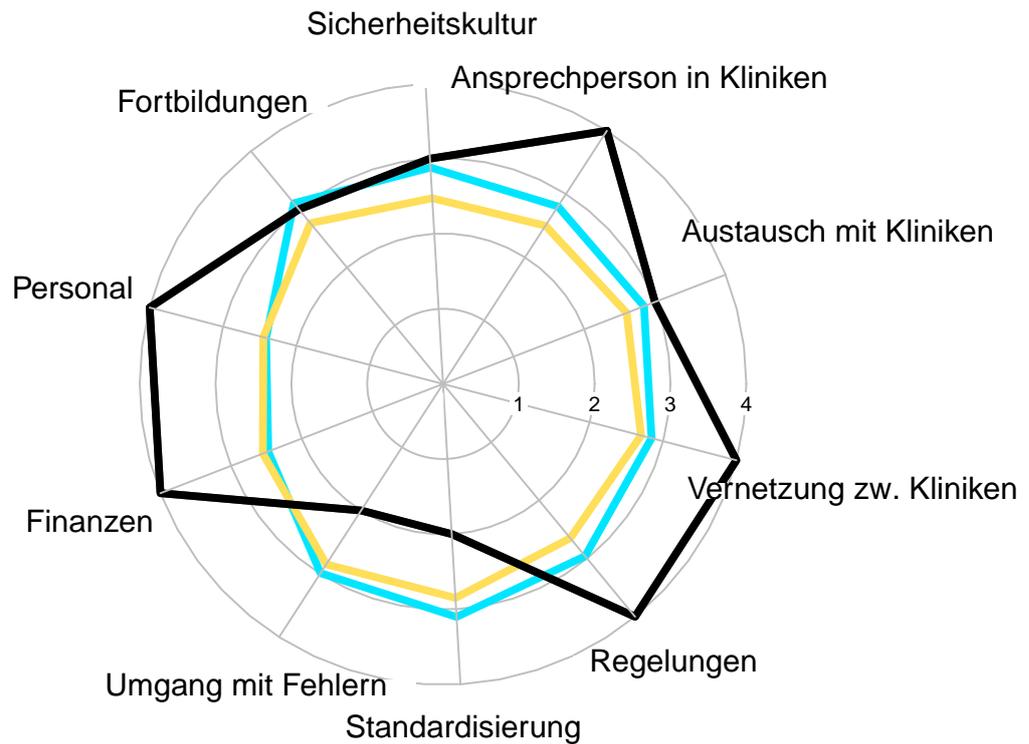


Abb. 409_Diagramm_3

Diagramm 3 stellt die Antworten zu folgenden Fragen dar (geordnet entlang der Reihenfolge im Erhebungsbogen; vgl. detaillierte Auswertung S. 22-24):

Beschriftung Diagramm	Fragetext im Erhebungsbogen: Um in unserem Spital ein wirkungsvolleres kRM zu realisieren, benötigen wir...
Ansprechperson in Kliniken	... klarer definierte Ansprechpersonen in den Kliniken/Fachbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM (bzw. zu Ihnen) sicherstellen.
Austausch mit Kliniken	... einen regelmässigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM (bzw. Ihnen) und einzelnen Kliniken/Fachbereichen.
Vernetzung zwischen Kliniken	... vermehrte horizontale Vernetzung zwischen den Kliniken/Fachbereichen.
Regelungen	... klarere Regelung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (Organisations- und Führungsstrukturen).
Standardisierung	... vermehrt standardisierte Verfahren und Prozesse (z.B. Behandlungsrichtlinien, Checklisten usw.).
Umgang mit Fehlern	... einen offeneren und ehrlicheren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System.
Finanzen	... zusätzliche finanzielle Ressourcen.
Personal	... zusätzliche personelle Ressourcen.
Fortbildungen	... vermehrt Fortbildungen zu Themen des kRM und der Patientensicherheit.
Sicherheitskultur	... spezifische Zielsetzungen zur Entwicklung der Sicherheitskultur.

Antwortskala 4-stufig:

- (1) Trifft nicht zu
- (2) Trifft eher nicht zu
- (3) Trifft eher zu
- (4) Trifft zu

Diagramm 4: Incident Reporting System auf Spitalebene

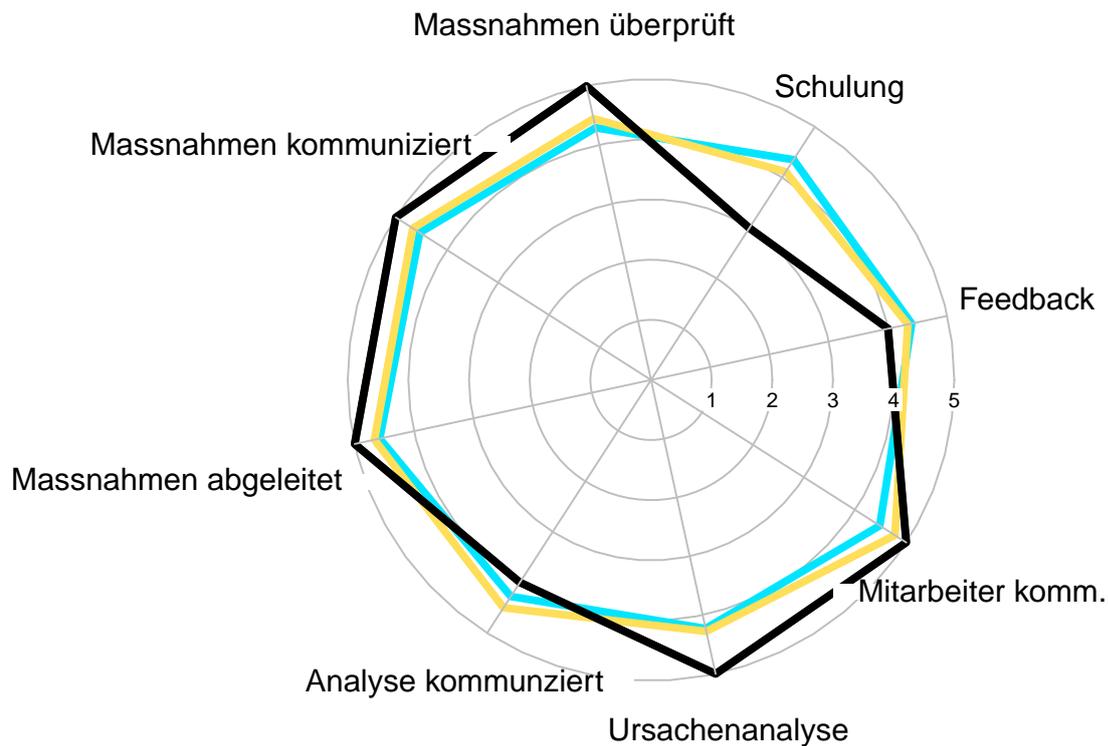


Abb. 409_Diagramm_4

Diagramm 4 stellt die Antworten zu folgenden Fragen dar (geordnet entlang der Reihenfolge im Erhebungsbogen; vgl. detaillierte Auswertung S. 30-33):

Beschriftung Diagramm	Fragetext im Erhebungsbogen
Schulung	Einführungen/Schulungen zum Meldesystem finden statt.
Feedback	Mitarbeitende, welche kritische Ereignisse melden, erhalten zeitnah ein Feedback zu ihrer Meldung.
Mitarbeiter komm.	Berichtete Ereignisse werden den Mitarbeitenden kommuniziert.
Ursachenanalyse	Die Ursachen eines kritischen Ereignisses werden mit einer standardisierten Vorgehensweise analysiert.
Analyse kommuniziert	Die Ergebnisse der Ursachenanalyse werden den Mitarbeitenden kommuniziert.
Massnahmen abgeleitet	Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden Massnahmen abgeleitet.
Massnahmen kommuniziert	Die getroffenen Massnahmen werden den Mitarbeitenden kommuniziert.
Massnahmen überprüft	Die Umsetzung der Massnahmen wird überprüft.

Antwortskala 5-stufig:

- (1) Noch nicht damit befasst
- (2) Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- (3) Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant
- (4) Unsystematisch umgesetzt
- (5) Systematisch umgesetzt; Oder: Bewusst dagegen entschieden (diese Antwortkategorie wurde eher selten genutzt; siehe in der detaillierten Auswertung)

Diagramm 5: kRM in den einzelnen Kliniken

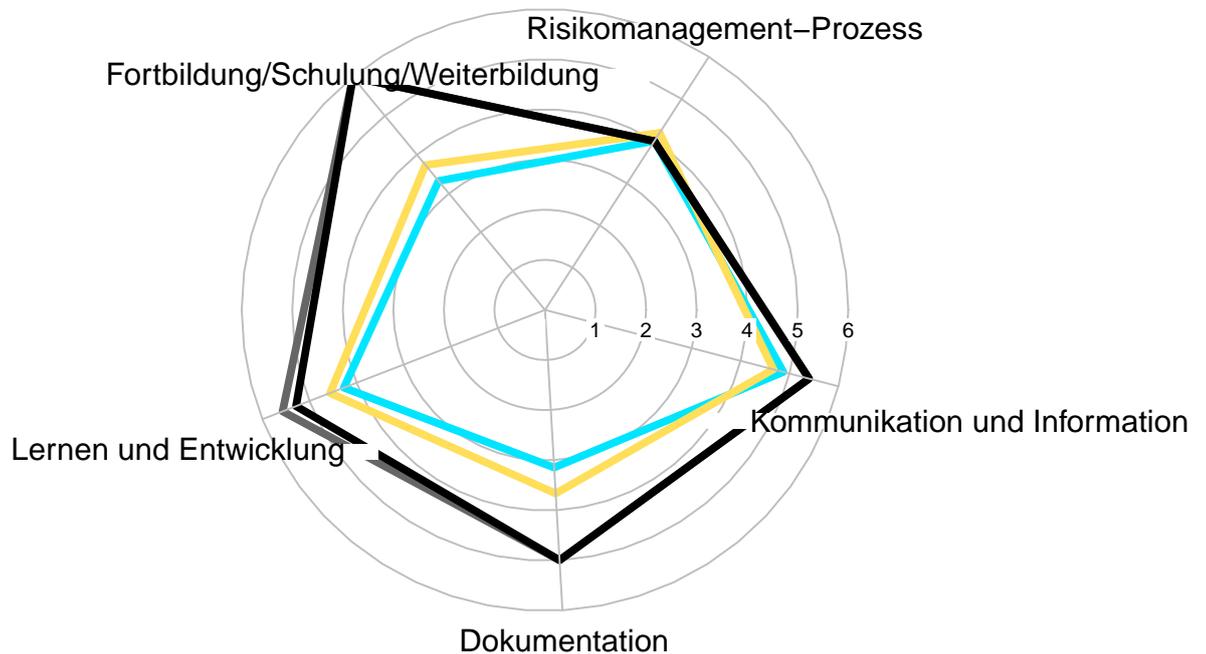


Abb. 409_Diagramm_5

Diagramm 5 stellt eine Zusammenfassung über die Antworten zu den Fragen aus Teil C des Erhebungsbogens dar (kRM in den einzelnen Kliniken; vgl. detaillierte Auswertung S. 34-43). Dabei werden jeweils die Fragen unter

- C2.1 zum Risikomanagement-Prozess
 - C2.2 zur Kommunikation und Information
 - C2.3 zu Dokumentation
 - C2.4 zu Lernen und Entwicklung
 - C2.5 zu Fortbildung/ Schulung/ Weiterbildung
- zu einer Skala zusammengefasst und der Mittelwert angegeben.

Der Mittelwert jeder Skala entspricht dem Durchschnitt aller Spitäler. Wenn auf einer Skala eine Frage nicht beantwortet wurde, fließt diese Frage nicht in die Bildung des Mittelwerts ein. Falls ein Spital auf einer Skala alle Fragen nicht beantwortet hat, liegt der spitalspezifische Wert auf dieser Skala bei "0".

Skalename	enthaltene Fragen aus dem Erhebungsbogen
Risikomanagement-Prozess	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikinterne Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM sind klar definiert. • Die Klinikleitung macht durch konkrete Aktivitäten ihr Engagement bei Fragen zur Patientensicherheit regelmässig sichtbar. • Klinische Risiken werden systematisch identifiziert. • Die Ursachen klinischer Risiken werden systematisch analysiert. • Die klinischen Risiken werden systematisch bewertet. • Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit werden systematisch umgesetzt. • Veränderungen der klinischen Risiken werden systematisch überwacht.

Skalename	enthaltene Fragen aus dem Erhebungsbogen
Kommunikation und Information	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klinikleitung / die Leitung des Fachbereichs schafft ein Arbeitsklima, das eine offene Kommunikation fördert. • Es existieren Richtlinien (z.B. Checklisten, Formulare, Prozessbeschreibungen), die sicherstellen, dass die Patienten vor einer Behandlung über mögliche Risiken aufgeklärt werden. • Es existieren Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler in ihrer Behandlung informiert werden. • Es werden regelmässig Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen zum Behandlungsprozess durchgeführt. • Es gibt ein aktiv bewirtschaftetes Beschwerdemanagement.
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengeschichten werden elektronisch geführt. • Krankengeschichten werden hinsichtlich kritischer Ereignisse im Behandlungsprozess proaktiv ausgewertet und entsprechende Massnahmen eingeleitet. • Es existiert eine systematische Vorgehensweise, um die Vollständigkeit der Krankengeschichten zu überprüfen und nötigenfalls entsprechende Massnahmen einzuleiten.
Lernen und Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klinikleitung schafft ein Klima, in dem verbesserungswürdige Strukturen und Abläufe offen angesprochen werden können. • Die Klinikleitung berücksichtigt die klinischen Risiken, wenn organisatorische Veränderungen eingeleitet werden. • Berufsgruppenübergreifende Besprechungen zu Fragen der Patientensicherheit finden regelmässig statt. • Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur werden regelmässig durchgeführt. • Standardisierte Vorgehensweisen für die Übergabe von Aufgaben und Patienten werden eingesetzt. • Mitarbeitende werden in der Verarbeitung von kritischen Ereignissen und Fehlern unterstützt (z.B. Debriefing, psychologische Unterstützung). • Es existiert ein Forum für betroffene Mitarbeitende, um Fehler, die ihnen unterlaufen sind, vertrauensvoll unter Kollegen zu besprechen.
Fortbildung/ Schulung/ Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Mitarbeitenden werden in der Kommunikation bei der Übergabe von Aufgaben und Patienten geschult. • Die Mitarbeitenden werden in der Früherkennung von kritischen Situationen und Fehlern geschult. • Die Mitarbeitenden werden im Bereich der effektiven Zusammenarbeit weitergebildet. • Die Mitarbeitenden werden für eine verbesserte Einschätzung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit geschult (z.B. Wahrnehmung von sinkender Aufmerksamkeit und Übermüdung). • Die Mitarbeitenden werden in der Kommunikation von Behandlungsrisiken und kritischen Ereignissen gegenüber Patienten geschult. • Simulationen zum Üben und Lernen schwieriger Handlungsweisen werden eingesetzt (z.B. Training am Patientensimulator).

Antwortskala 6-stufig:

- (1) Nein, für keine Klinik
- (2) Geplant für einzelne Kliniken
- (3) Geplant für alle Kliniken
- (4) Ja für einzelne Kliniken
- (5) Ja für einzelne Kliniken, geplant für alle
- (6) Ja, für alle Kliniken

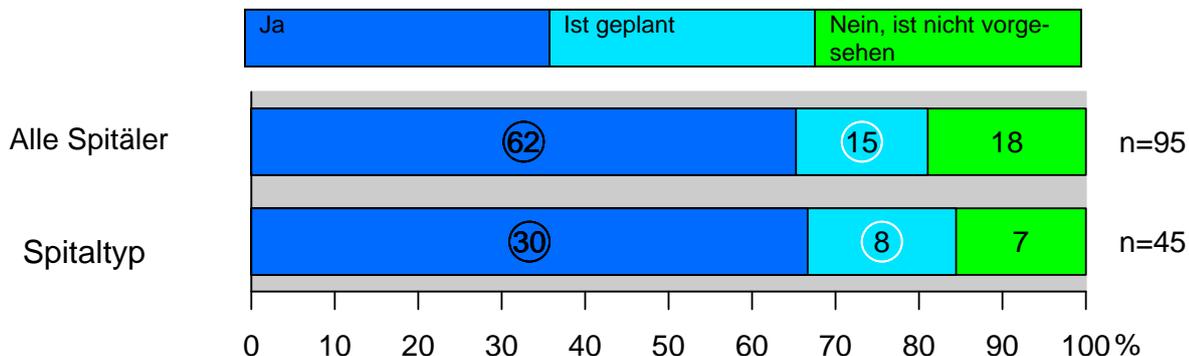
2) Detaillierte, spitalspezifische Auswertung

Lesen der Graphiken

- Es werden jeweils für jede Frage die Antworten aller Spitäler sowie die Antworten des Spitaltyps (Unispital, Akutspital, Psychiatrische Klinik, Rehabilitationsklinik, Spezialklinik) angegeben, zu dem Ihr Spital laut BfS-Statistik dazuzählt.
- Die Kategorie, die für Ihr Spital angegeben wurde, wird jeweils dadurch angezeigt, dass die betreffende Zahl von einem Kreis umrundet ist. Der schwarze Kreis zeigt den Wert im Monitoring 2010, der weisse Kreis den Wert im Monitoring 2007/08 (falls ihr Spital damals ebenfalls teilgenommen hat). Falls sich der Wert Ihres Spitals nicht verändert hat, wird nur der schwarze Kreis ausgegeben und unterhalb der Graphik wird vermerkt: „Der Wert ihres Spitals hat sich seit 2007 nicht verändert“. Falls Ihr Spital 2007 eine Frage nicht beantwortet oder nicht am Monitoring teilgenommen hat, wird vermerkt: „Für 2007 liegen uns keine Angaben zu ihrem Spital vor“.
- Oberhalb der Graphiken sind die Antwortkategorien in den entsprechenden Farbstufen angegeben.
- Links der Graphik ist die Gruppe der Antwortenden angegeben, auf die sich die Angaben beziehen (alle Spitäler und spezifisch für Spitaltyp). Die Angaben stehen immer auf Deutsch und bedeuten: Alle Spitäler = alle Spitäler, Uni-Spitäler = Universitätsspitäler, Akut-Spitäler = Akutspitäler, Psychiatrien = psychiatrische Kliniken, Reha-Kliniken = Rehabilitationskliniken, Spezial-Kliniken = Spezialkliniken.
- Rechts der Graphik steht, wie viele Spitäler diese Frage beantwortet haben (N= Anzahl Spitäler).
- In der Graphik wird für jede Antwortkategorie angegeben, wie viele Spitäler diese angekreuzt haben (absolute Zahlen). Am unteren Rand der Graphik ist die Häufigkeit der Antwortkategorien in Prozenten angegeben. Ihr Spital befindet sich in der Kategorie mit dem umrundeten Wert.
- Falls Sie eine Frage nicht beantwortet haben, erscheint kein umrundeter Wert in der Graphik und unterhalb der Graphik der Hinweis: „Es liegen uns keine Angaben zu ihrem Spital vor“.

Ein Lese-Beispiel

A3) Gibt es in Ihrem Spital eine Person, die für die zentrale Koordination von Aktivitäten im kRM verantwortlich ist?



Über alle Spitäler gesehen haben im Monitoring 2010 62 Spitäler (ca. 65%) mit „Ja“ geantwortet, 15 (ca. 16%) mit „Ist geplant“ und 18 (ca. 19%) mit „Nein, ist nicht vorhergesehen“. Das Spital im Lese-Beispiel gehört zu den 62 Spitälern, die 2010 mit „Ja“ geantwortet haben (schwarzer Kreis). Im Jahr 2007 hatte es mit „Ist geplant“ geantwortet (weisser Kreis).

Von allen Spitälern des entsprechenden Spital-Typs haben im Monitoring 2010 30 Spitäler (ca. 67%) mit „Ja“ geantwortet, 8 (ca. 18%) mit „Ist geplant“ und 7 (ca. 16%) mit „Nein, ist nicht vorhergesehen“. Das Spital im Lese-Beispiel gehört zu den 30 Spitälern, die 2010 mit „Ja“ geantwortet haben (schwarzer Kreis). Im Jahr 2007 hatte es mit „Ist geplant“ geantwortet (weisser Kreis).

A) Ausgestaltung und organisationale Einbettung des klinischen Risikomanagements (kRM) in Ihrem Spital

A2 Wie lange arbeiten Sie persönlich schon in *diesem* Spital?

Diese Frage erfasst, wie lange die Person schon im Spital arbeitet, für das sie den Erhebungsbogen ausgefüllt hat.

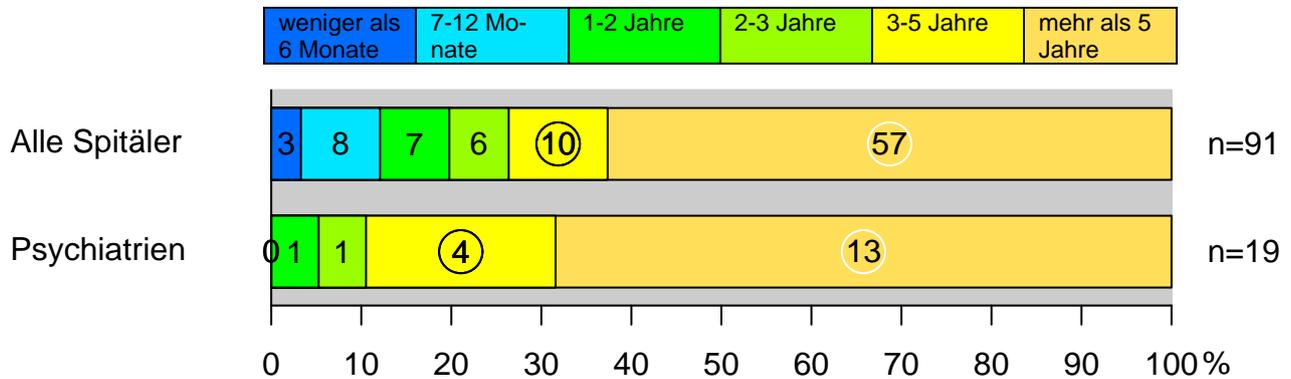


Abb. 409_aa02a

Im Erhebungsbogen häufig angegebene Funktionen:

- häufig Funktion im Qualitätsmanagement, teilweise heisst die Funktion Risikomanager
- Ärzte, häufig in leitender Funktion
- Pflegende, häufig in leitender Funktion
- Spitaldirektion, Mitglied der Geschäftsleitung

A3 Gibt es in Ihrem Spital eine Person, die für die zentrale Koordination von Aktivitäten im kRM (siehe Definition auf dem Deckblatt) verantwortlich ist?

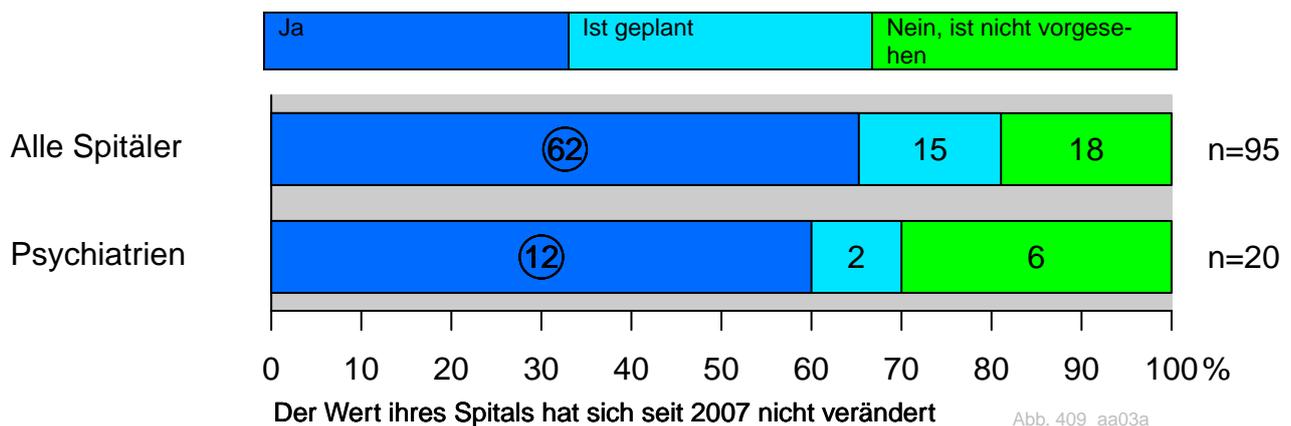
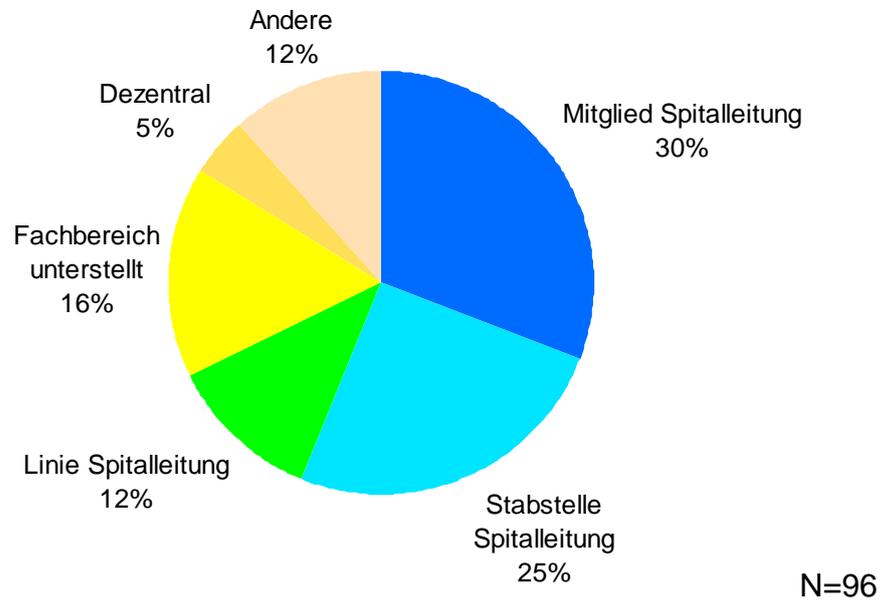


Abb. 409_aa03a

Anmerkungen:

- N=95, 3 Missings (1 Reha, 1 Psychiatrie, 1 Spezial).
- Ja: 1 Spital schon seit 1991 (Psychiatrie) 1 Spital seit 1995 (Psychiatrie), sonst ab 2000 zunehmend, insbesondere in den letzten 3 Jahren.
- Geplant: überwiegend in den nächsten 6-12 Monaten
- Median Stellenprozent für Aufgaben im kRM: 10% (detaillierter fürs gesamte Team unter A8, S. 14)
- Funktionsbezeichnung: häufig Qualitätsmanagement angegeben, auch Risikomanager, klinischer Risikomanager, Sicherheitsbeauftragte/r, Unternehmensentwicklung

A4 Wie sind Sie in Ihrer kRM-Funktion/-Tätigkeit (und ggf. das zentrale kRM-Team) organisatorisch in Ihrem Spital eingegliedert? (Mehrfachnennungen waren möglich)

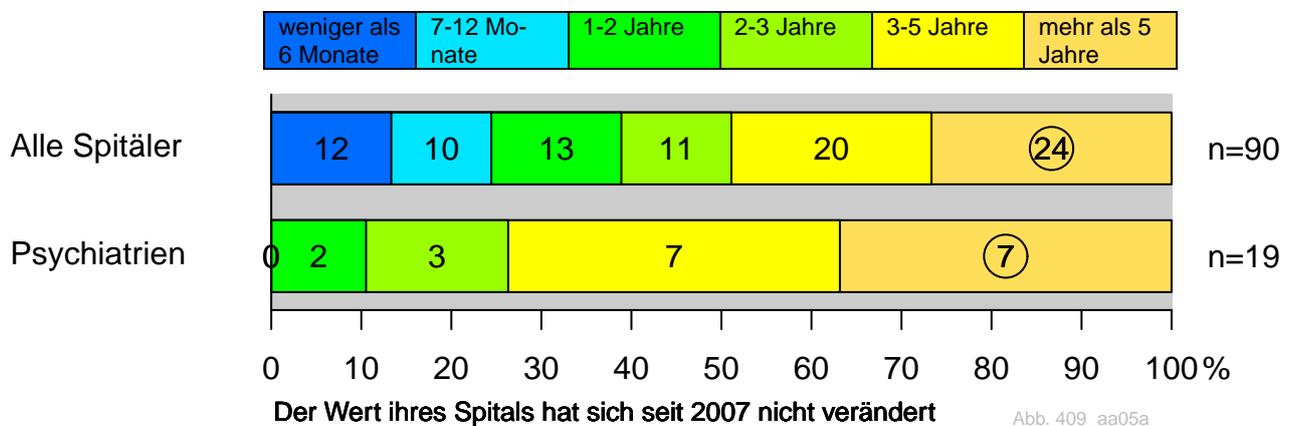


Anmerkungen:

- z.T. Doppelnennungen, z.T. keine Nennung
- 2/3 bei der Spitalleitung angehängt, häufig im Qualitätsmanagement (blau bis grün eingefärbte Bereiche: Mitglied Spitalleitung (30%), Stabstelle Spitalleitung (25%), Linie Spitalleitung (12%))
- Fachbereich: z.B. ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Anästhesie
- Andere: z.B. Kommission der Geschäftsleitung, Qualitätsausschuss, Zusatzaufgabe Kaderarzt

A5 Seit wann beschäftigen Sie sich persönlich in diesem Spital mit kRM und Fragen der Patientensicherheit?

Diese Frage erfasst, wie lange die Person sich schon mit kRM in diesem Spital beschäftigt, für das sie den Erhebungsbogen ausgefüllt hat.

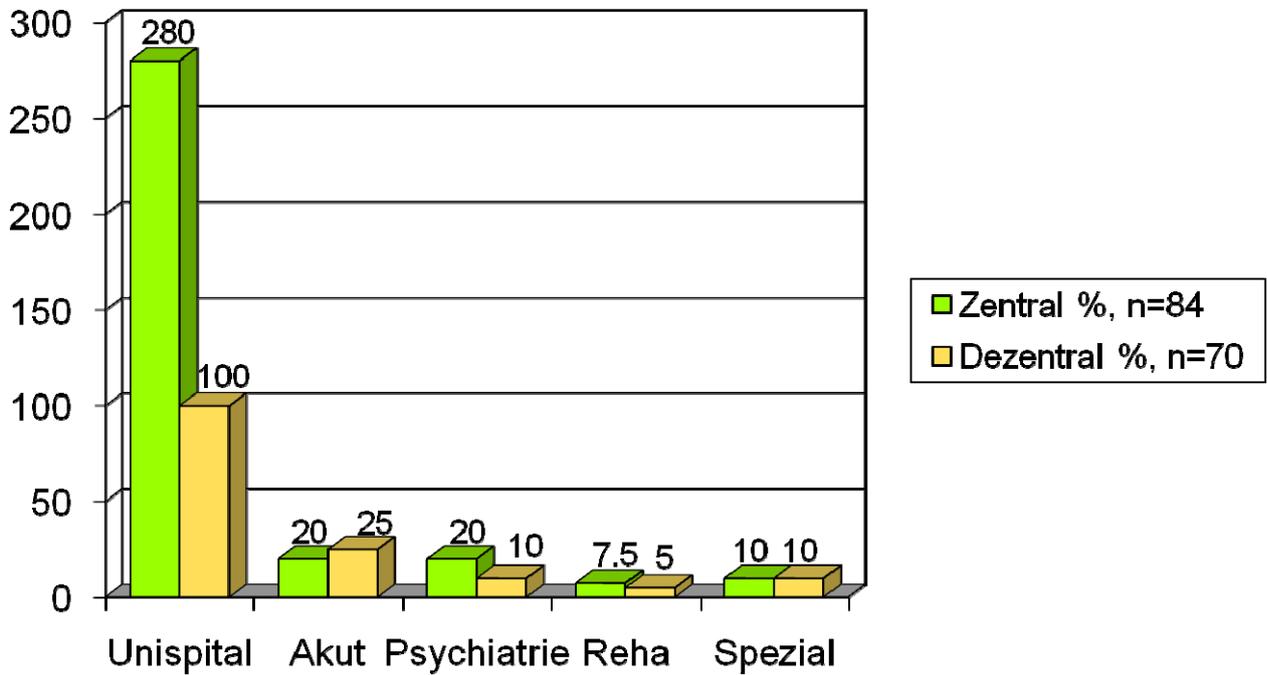


Anmerkung:

- N=90, 3 Missings bei Akut, 1 bei Psychiatrie, 2 bei Reha, 2 bei Spezial

A8 Welche personellen Ressourcen stehen aktuell für das kRM in ihrem Spital zur Verfügung (d.h. Personen mit dauerndem Auftrag für kRM)?

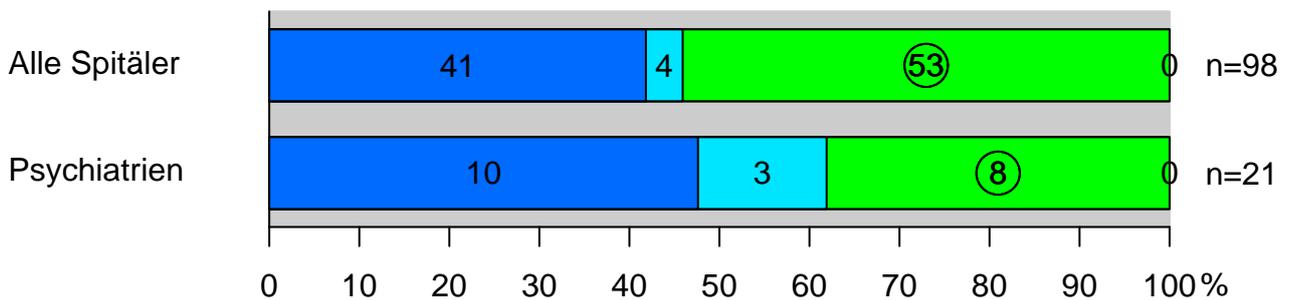
In der Graphik Angabe des Median an Stellenprozenten (entspricht der durchschnittlichen Anzahl Stellenprocente pro Spital ohne Berücksichtigung von Extremwerten)



A9 Welche beruflichen Hintergründe sowie Aus- und Weiterbildungen bringen Sie persönlich und ggf. die Mitglieder des zentralen kRM-Teams in die Arbeit ein? Welche Kompetenzen planen Sie in den nächsten 12 Monaten in ihrem zentralen kRM-Team zu verstärken oder neu zu integrieren?

Nicht genannt	Geplant in den nächsten 12 Monaten	Im Team vorhanden	Im Team vorhanden & Ausbau geplant
---------------	------------------------------------	-------------------	------------------------------------

Medizin-Studium

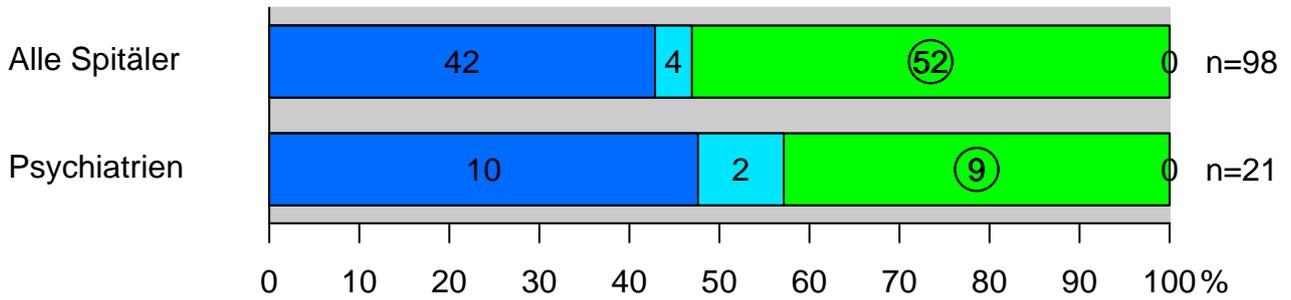


Der Wert ihres Spitals hat sich seit 2007 nicht verändert

Abb. 409_aa09a



Facharzttitel FMH



Der Wert ihres Spitals hat sich seit 2007 nicht verändert

Abb. 409_aa09b

Diplomierte/r Pflegefachfrau / Pflegefachmann

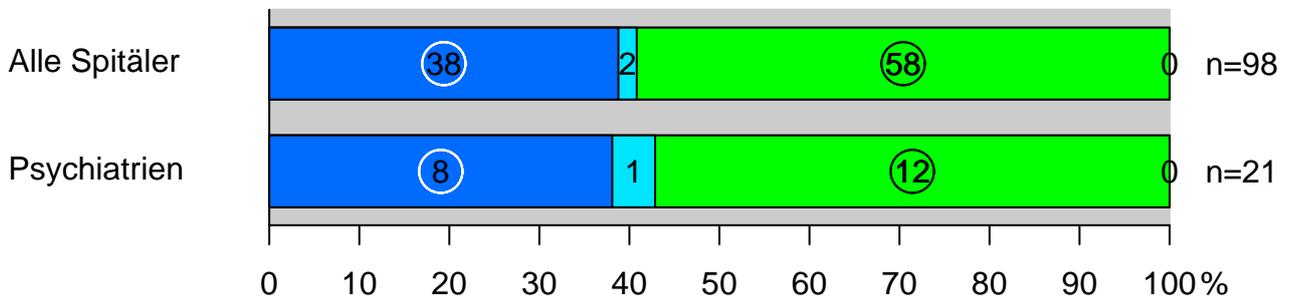


Abb. 409_aa09c

Medizinisch-technische Ausbildung

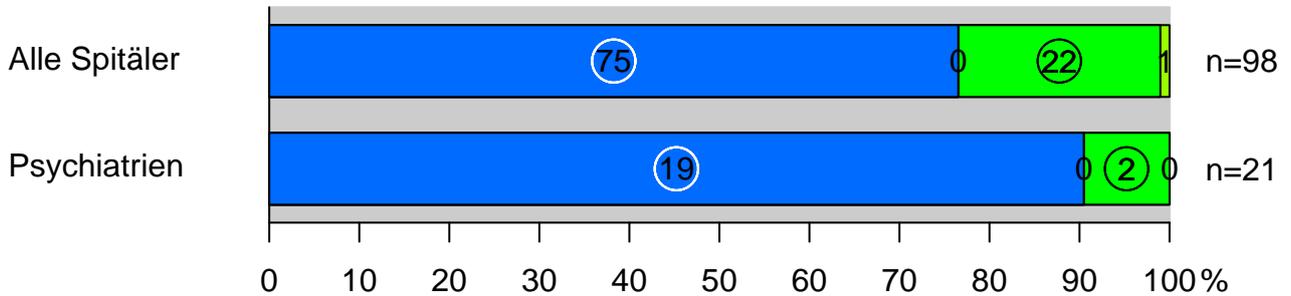


Abb. 409_aa09d

Medizinisch-therapeutische Ausbildung

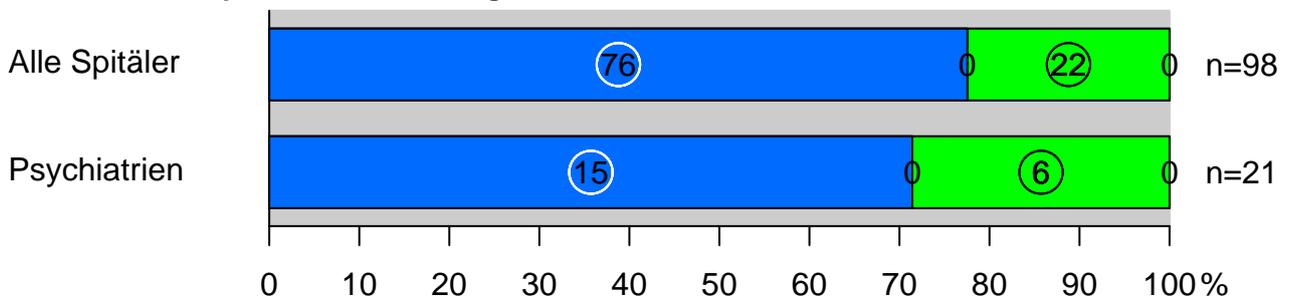


Abb. 409_aa09e



Studium der Pflegewissenschaften

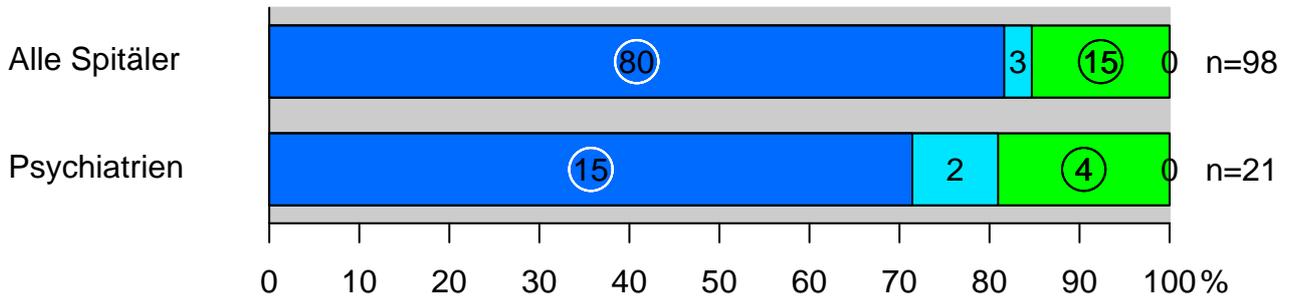


Abb. 409_aa09f

Betriebswirtschaftliche Aus-/Weiterbildung

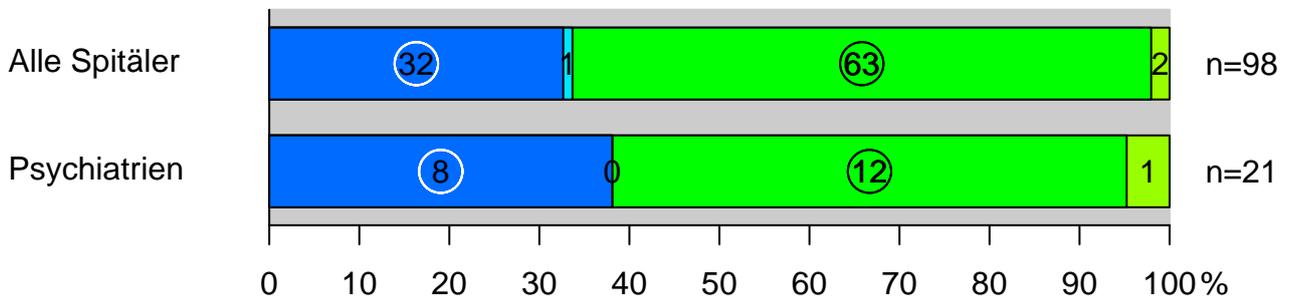
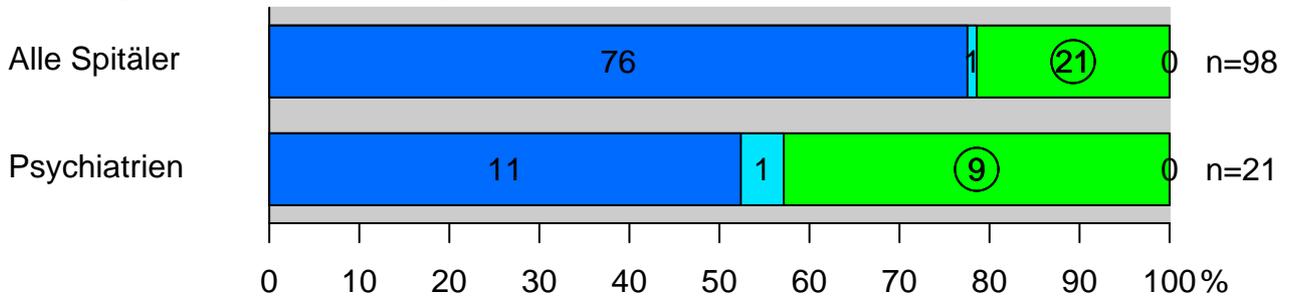


Abb. 409_aa09g

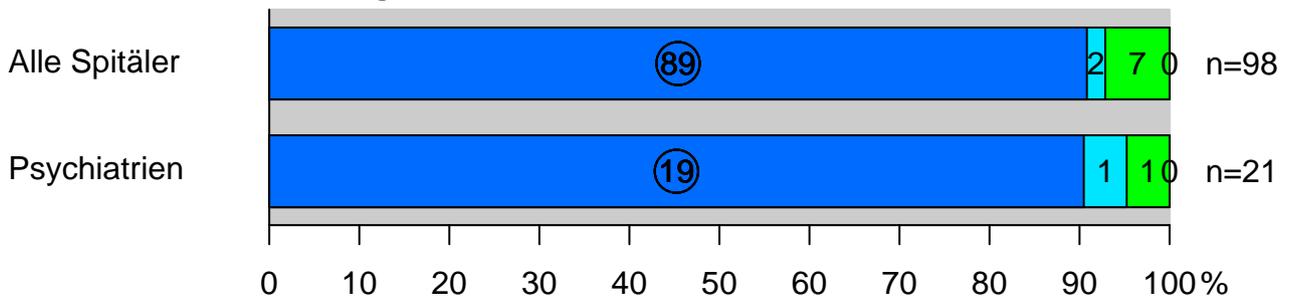
Psychologische Aus-/Weiterbildung



Der Wert ihres Spitals hat sich seit 2007 nicht verändert

Abb. 409_aa09h

Juristische Aus-/Weiterbildung



Der Wert ihres Spitals hat sich seit 2007 nicht verändert

Abb. 409_aa09i



Weiterbildung in klinischem RM

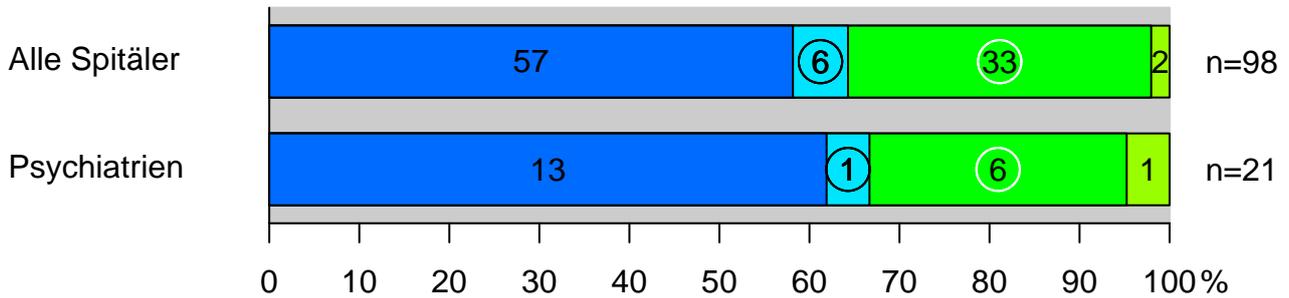


Abb. 409_aa09k

Weiterbildung in Qualitätsmanagement

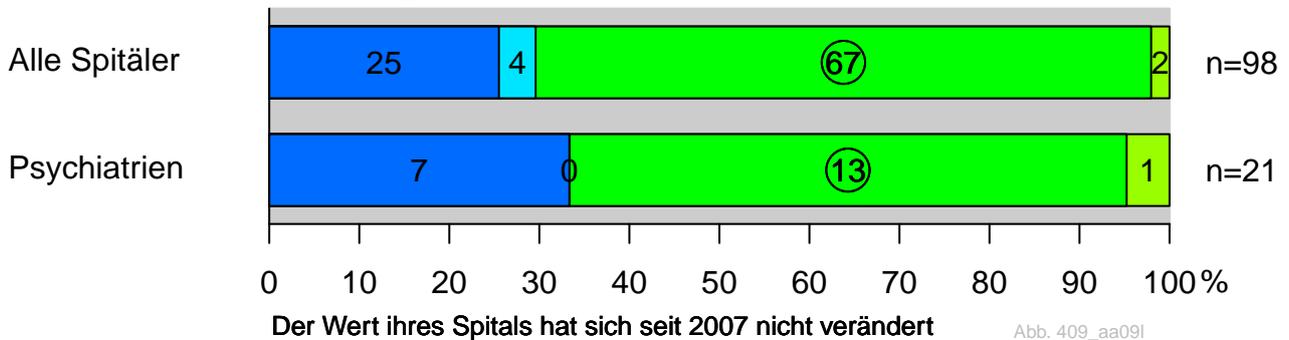


Abb. 409_aa09l

Andere

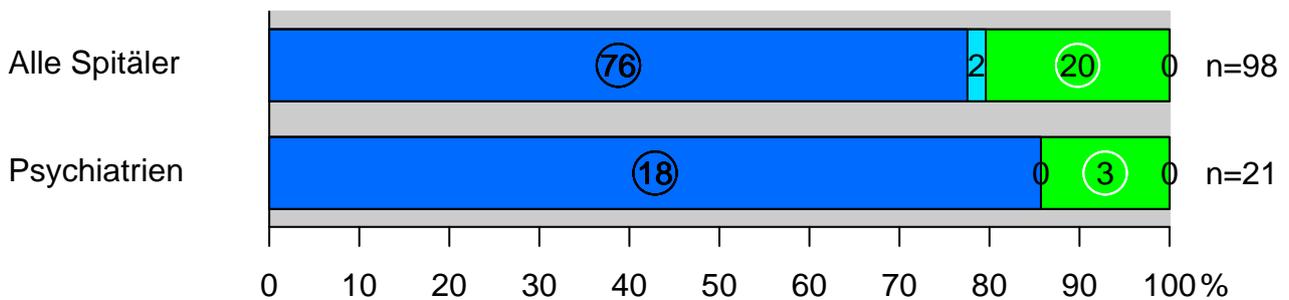


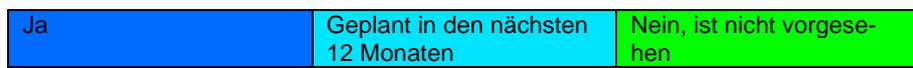
Abb. 409_aa09m

Anmerkungen:

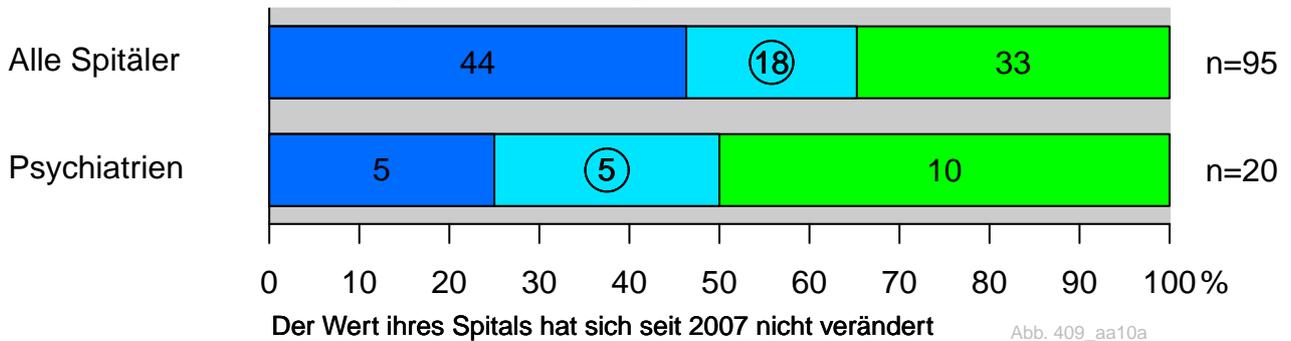
- Am häufigsten im kRM-Team zu finden sind Personen mit betriebswirtschaftlicher Aus-/Weiterbildung, QM-Weiterbildung und Pflegenden und Ärzten, am seltensten jemand mit einer juristischen Aus- oder Weiterbildung
- Ein Ausbau ist selten geplant und wenn dann v.a. eine Weiterbildung zum Thema klinisches Risikomanagement oder Qualitätsmanagement

A10 Gibt es für die Funktion/Tätigkeit des zentralen klinischen Risikomanagements (respektive für Ihre Funktion) in Ihrem Spital...

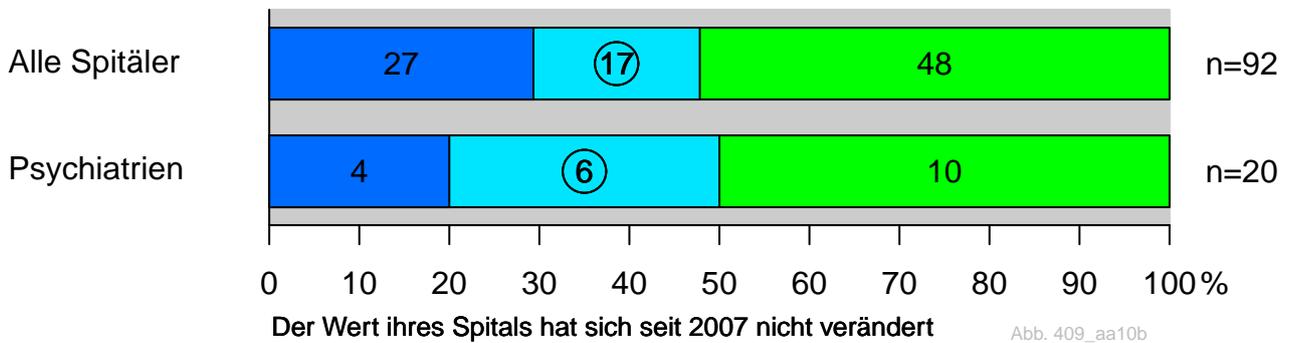
Die Fragen sind geordnet entlang der Reihenfolge im Erhebungsbogen.



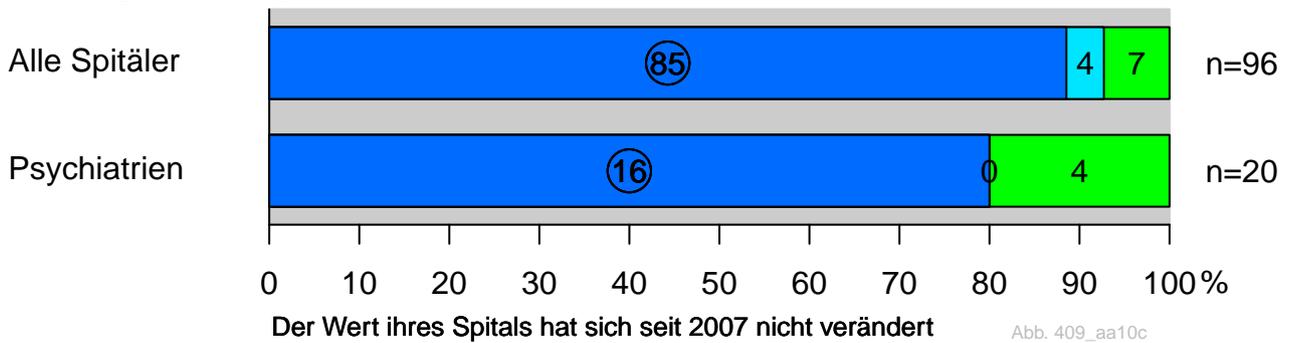
... eine schriftliche Stellen-/Aufgabenbeschreibung?



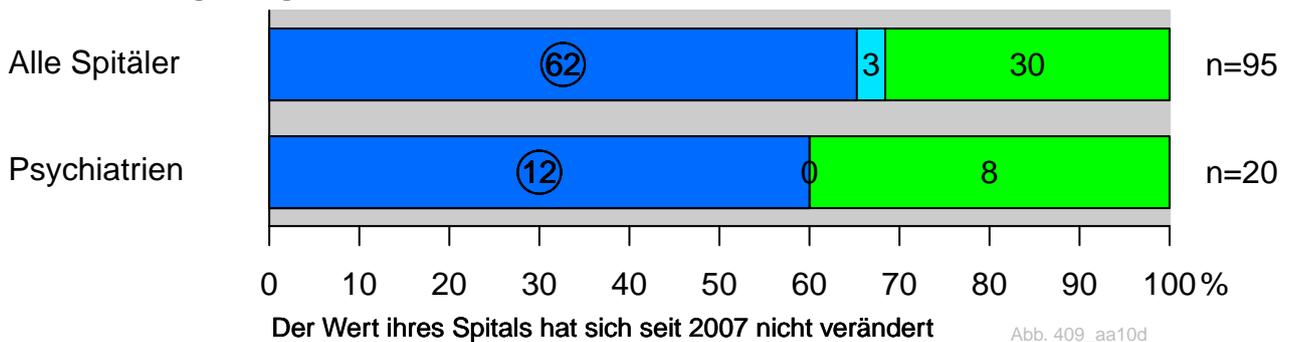
... ein ausformuliertes Pflichtenheft?

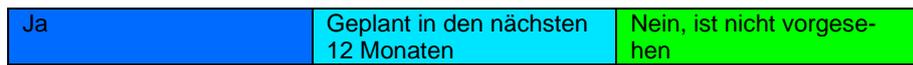


... die Möglichkeit, Projekte selbst zu initiieren?



... Entscheidungsbefugnisse, um Massnahmen selbst umzusetzen?





... ein eigenes Budget, um Aktivitäten und Projekte im kRM zu initiieren?

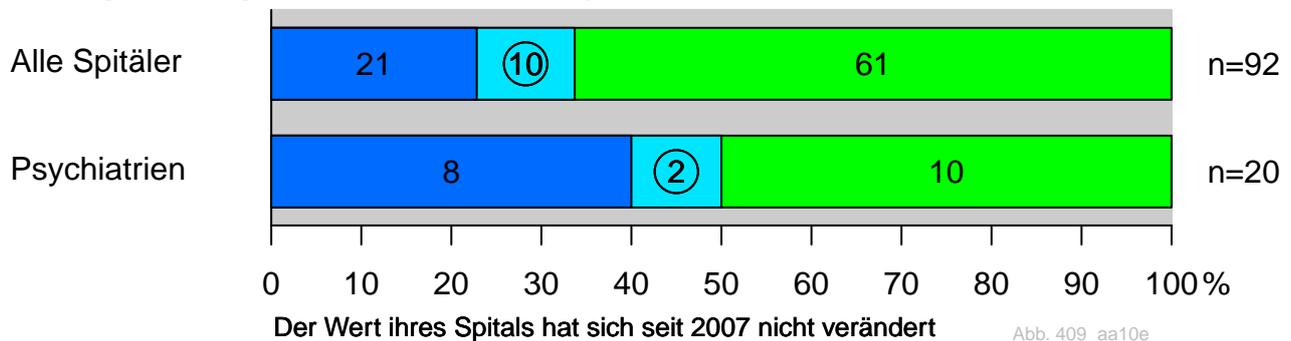


Abb. 409_aa10e

... ein institutionalisiertes Forum zum Austausch mit einzelnen Kliniken /Fachbereichen?

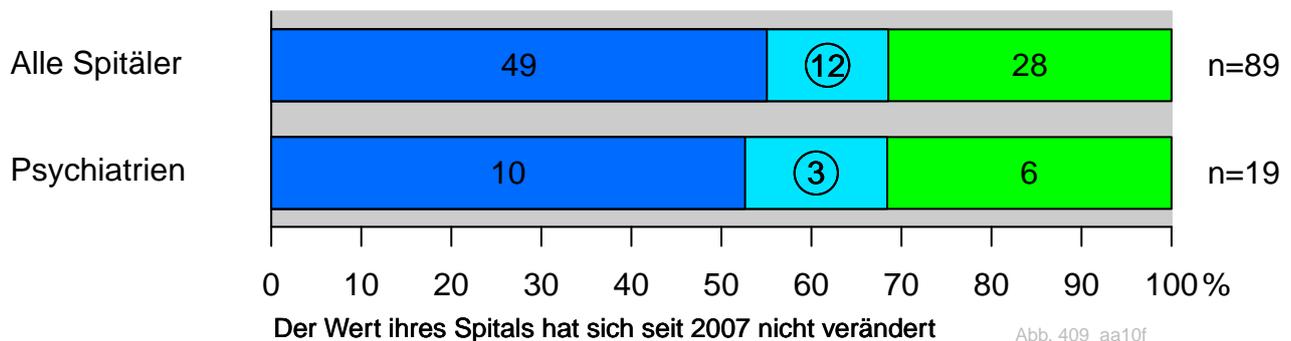


Abb. 409_aa10f

... Möglichkeiten, Themen des kRM bei der Spitalleitung einzubringen?

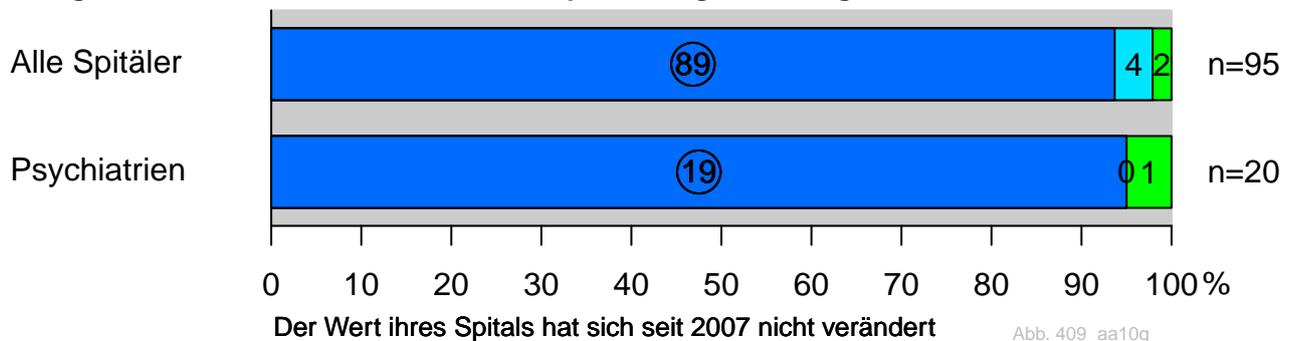


Abb. 409_aa10g

Anmerkungen:

- kRM-Themen bei Spitalleitung einbringen:
 - Die verantwortlichen Personen sind auch meist dort angebunden.
 - Die Themen gelangen am häufigsten über folgende Wege zur Spitalleitung: Anträge an Geschäftsleitung, Gast, Mitglied etc. Geschäftsleitungs-Sitzung, über Projekte, über Qualitätsmanagement, über operative Klinikleitung, via Incident-Reporting-Besprechungen, jederzeit
- Austausch mit einzelnen Kliniken scheint schwieriger (1/3 ohne institutionalisiertes Forum)
- Budget wenn vorhanden: zwischen 1'000 bis 100'000 Franken, z.T. integriert im Qualitätsmanagements-Budget

B) Strategische und operative Umsetzung des kRM in Ihrem Spital

Ziele des klinischen Risikomanagements Ihres Spitals

B1 Verfügt Ihr Spital über eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie?

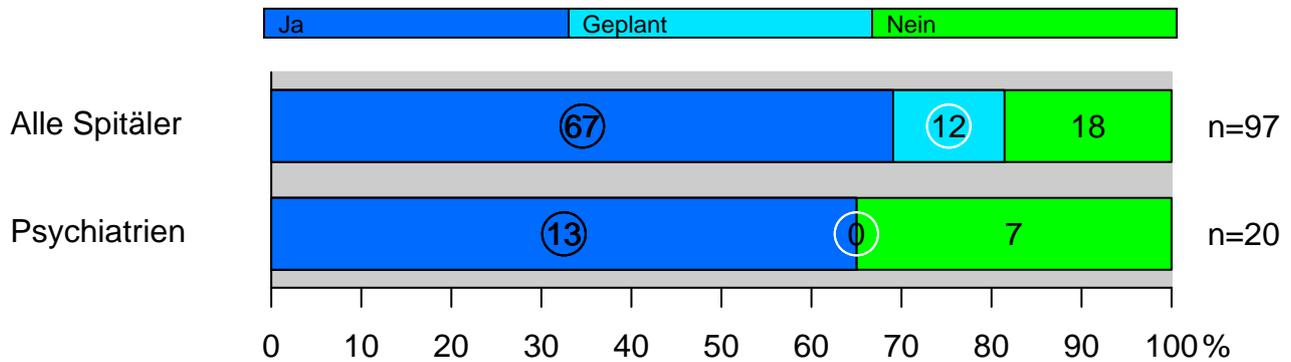


Abb. 409_ab01

B2 Verfügt Ihr Spital über verbindliche, schriftlich festgelegte *strategische Ziele im kRM*?

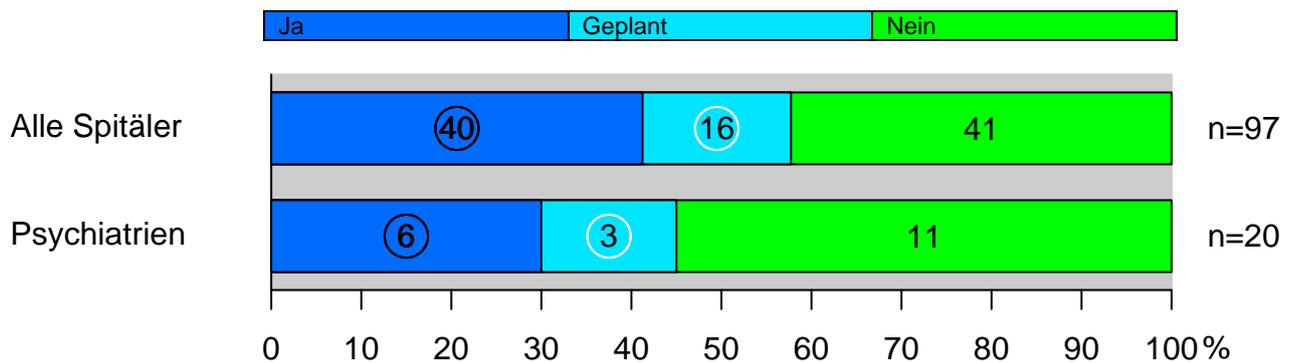


Abb. 409_ab02

Anmerkungen:

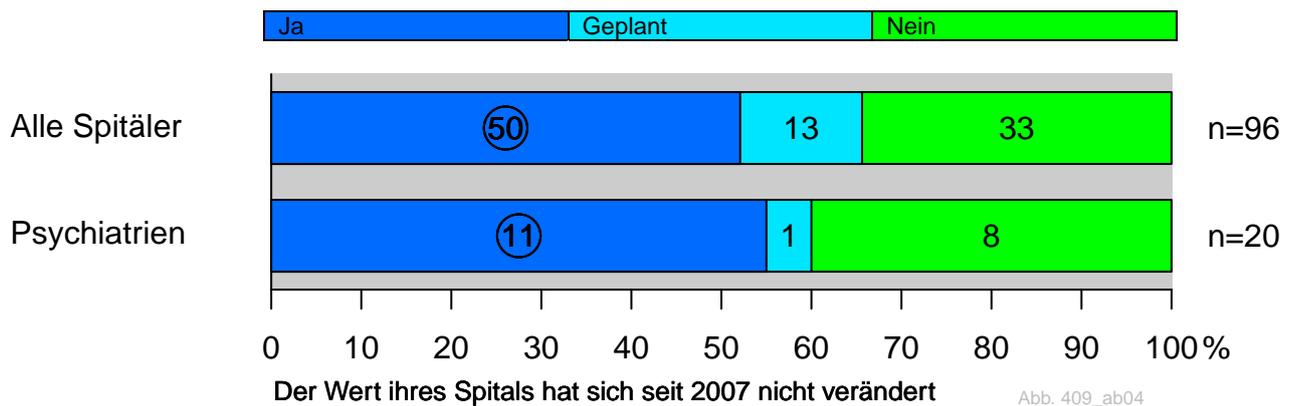
- N=97, 1 Missing bei Reha
- Wo sind diese festgehalten? Bsp.: Jahresziele, Qualitätsziele, Unternehmensstrategie, Grundsatzpapier kRM, Konzept QM, Handbuch

B3 Welches sind (oder wären aus Ihrer Sicht) die 3 wichtigsten *strategischen Ziele des kRM* in Ihrem Spital?

Häufige Antworten:

- Aufbau, Verbesserung und Systematisierung des kRMs
- Erarbeiten einer Risikomatrix
- Verbesserungen / Standardisierungen der Prozesse
- Patientensicherheit verbessern, Verbesserungen umsetzen
- Verringerung der Haftpflichtfälle
- Sensibilisieren und Befähigen der Mitarbeiter

B4 Werden in Ihrem Spital *operative Jahresziele für das kRM* vorgegeben?



Anmerkungen:

- N=96, je 1 Missing bei Akut und Reha
- Wo sind diese festgehalten? Bsp.: Jahresziele, im Qualitätsmanagement, Qualitätshandbuch, Prozessbeschreibungen, Zielvereinbarungen

B5 Welches sind (oder wären aus Ihrer Sicht) die 3 wichtigsten *operativen Jahresziele im kRM*, die sich in den nächsten 12 Monaten erreichen lassen?

Häufige Antworten:

- Aufbau, Ausbau eines Critical Incident Reporting Systems
- Überprüfung einzelner Prozesse
- Definition der Risiken
- Schulung Mitarbeitende
- erhöhte Medikationssicherheit
- Einführung von Checklisten in bestimmten Bereichen (z.B. Chirurgie)
- Verbesserungsmaßnahmen umsetzen
- Fehleranalysen vornehmen

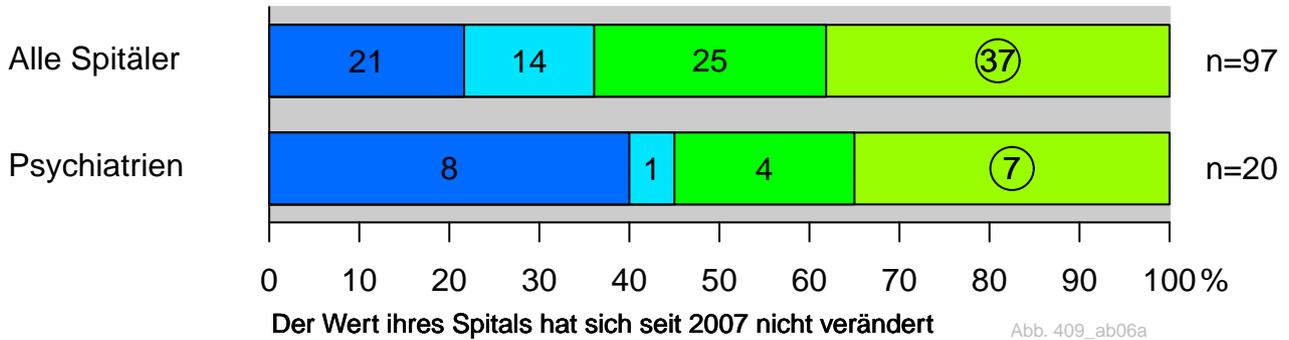
Optimierungspotenziale im kRM Ihres Spitals

B6 Welche der folgenden Aussagen treffen in welchem Ausmass auf Ihr Spital zu?
Um in unserem Spital ein wirkungsvolleres kRM zu realisieren, benötigen wir...

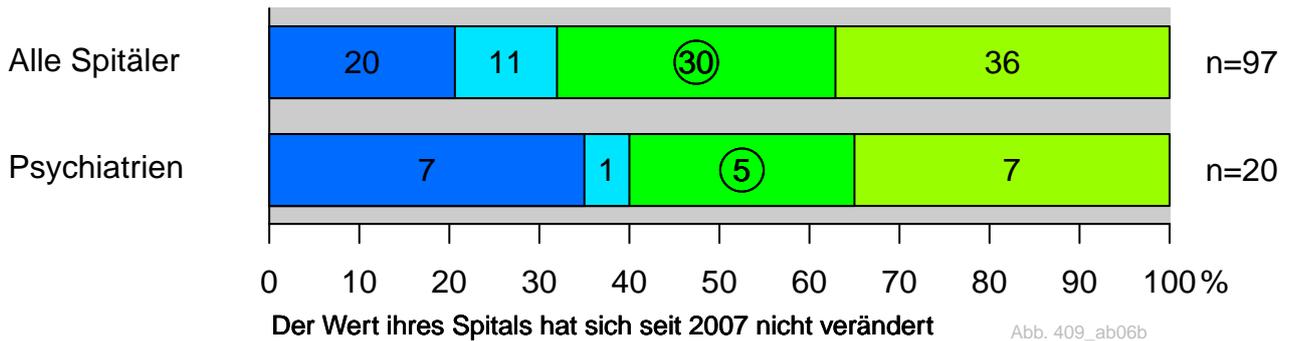
Die Fragen sind geordnet entlang der Reihenfolge im Erhebungsbogen.



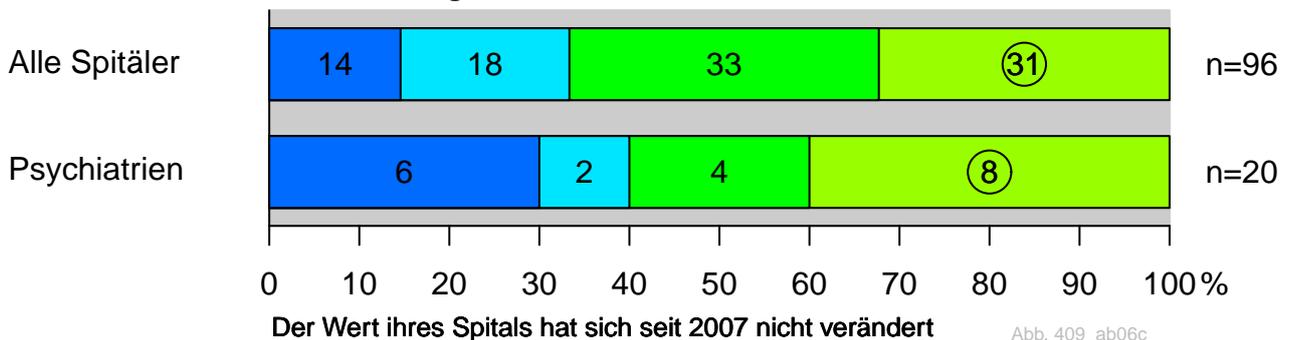
... klarer definierte Ansprechpersonen in den Klinken/Fachbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM (bzw. zu Ihnen) sicherstellen.



... einen regelmässigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM (bzw. Ihnen) und einzelnen Kliniken/Fachbereichen.



... vermehrte horizontale Vernetzung zwischen den Kliniken/Fachbereichen.





... klarere Regelung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (Organisations- und Führungsstrukturen).

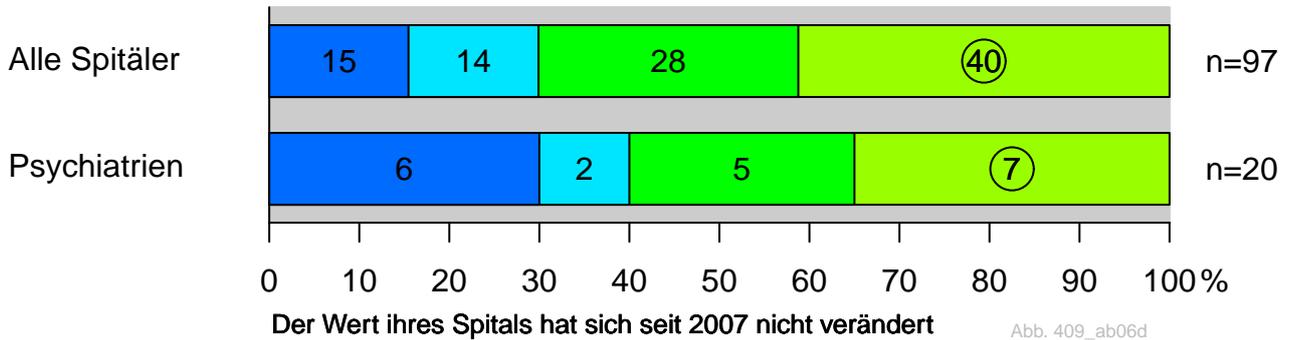


Abb. 409_ab06d

... vermehrt standardisierte Verfahren und Prozesse (z.B. Behandlungsrichtlinien, Checklisten usw.).

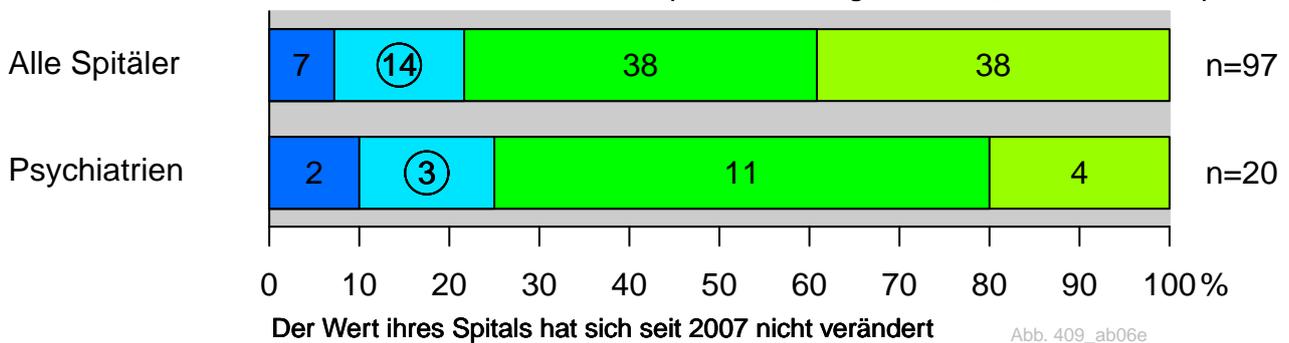


Abb. 409_ab06e

... einen offeneren und ehrlicheren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System.

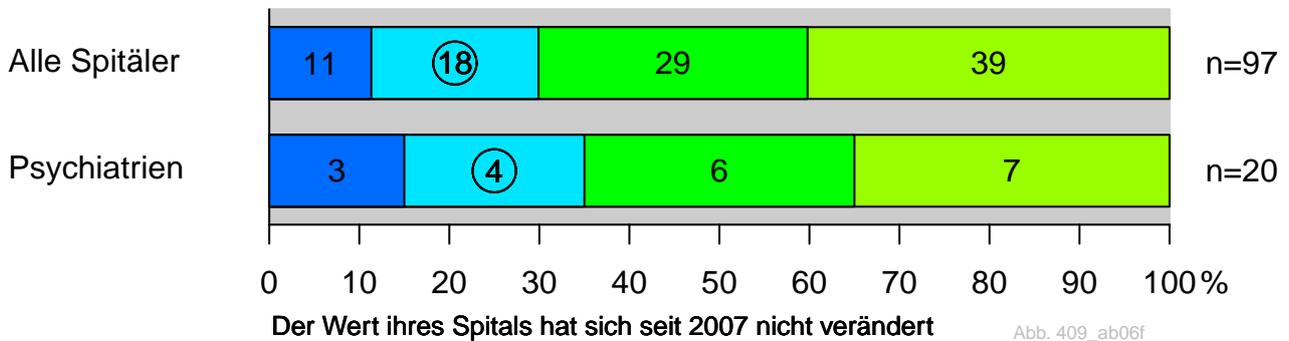


Abb. 409_ab06f

... zusätzliche finanzielle Ressourcen.

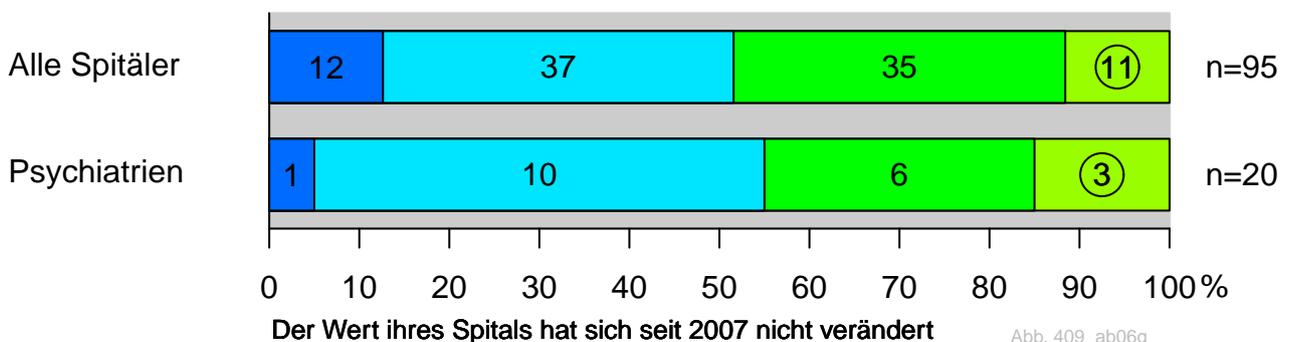


Abb. 409_ab06g



... zusätzliche personelle Ressourcen.

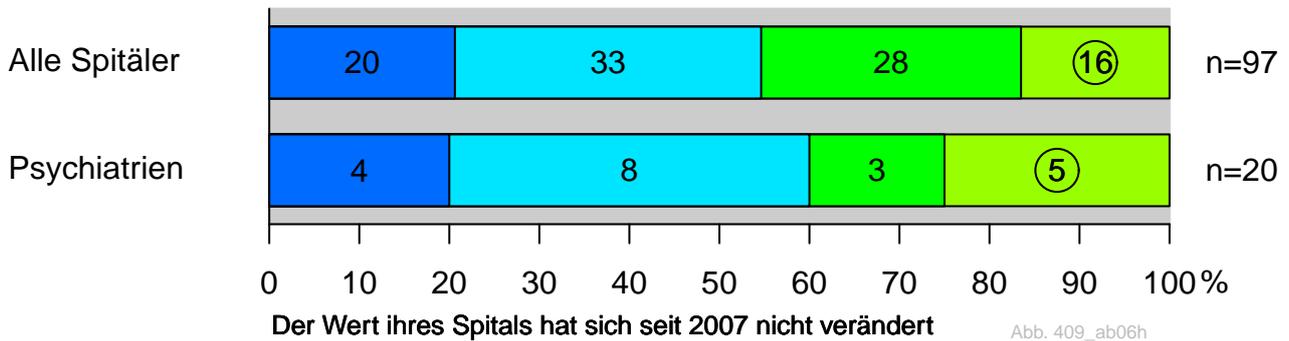


Abb. 409_ab06h

... vermehrt Fortbildungen zu Themen des kRM und der Patientensicherheit.

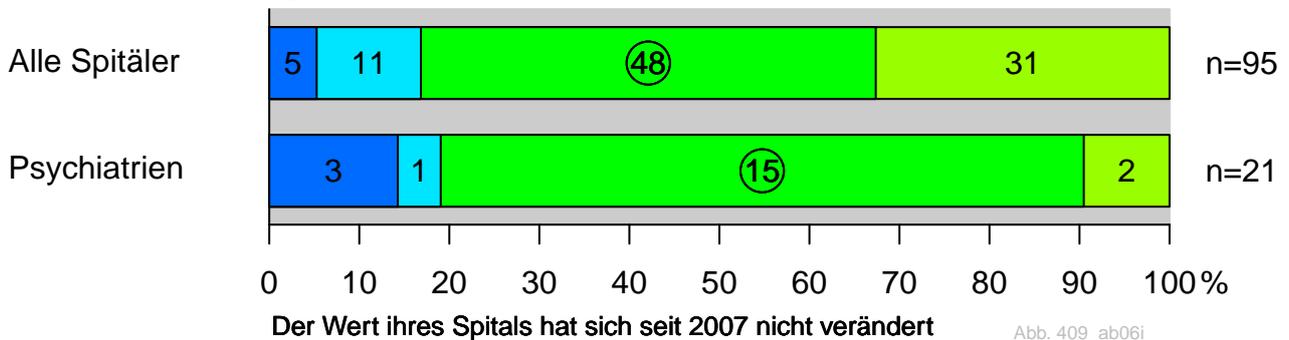


Abb. 409_ab06i

... spezifische Zielsetzungen zur Entwicklung der Sicherheitskultur.

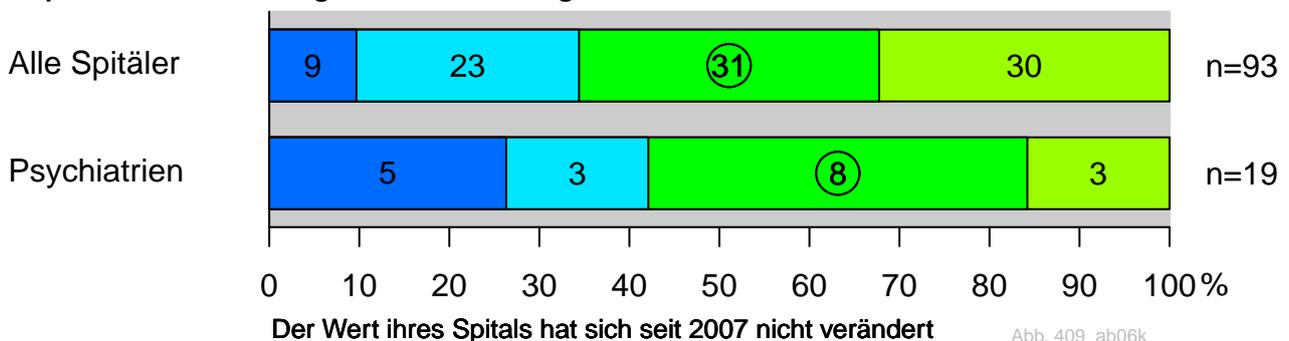


Abb. 409_ab06k

Anmerkungen:

- Bedarf an Fortbildungen für folgende Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Administration, med. Mitarbeiter, Klinikleitung, Therapie, technischer Dienst
- Aspekte der Sicherheitskultur: Offene Kommunikation und Austausch, zentrale Umsetzung, klare Verantwortung, Schulungen & Informationsveranstaltungen, Sensibilisierung für das Thema, Übergabe, Lernen aus Fehlern
- zusätzliches Personal gewünscht im: Risikomanagement, zentrale Koordination kRM, Qualitätsmanagement, Incident-Reporting-System-Verantwortliche, Ärzte, Pflege, Ansprechpartner Klinik und andere

Aktuelle Situation des kRM in Ihrem Spital

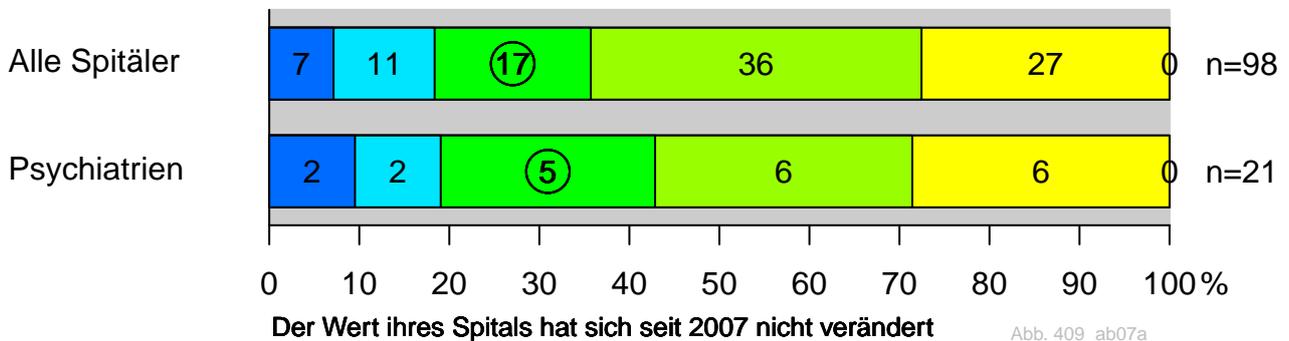
B7 Bitte geben Sie für die folgenden Aspekte des kRM an, wie systematisch diese in Ihrem Spital *gegenwärtig* realisiert werden.

Die Fragen sind geordnet entlang dem Risikomanagement-Prozess (siehe Definition auf dem Deckblatt).

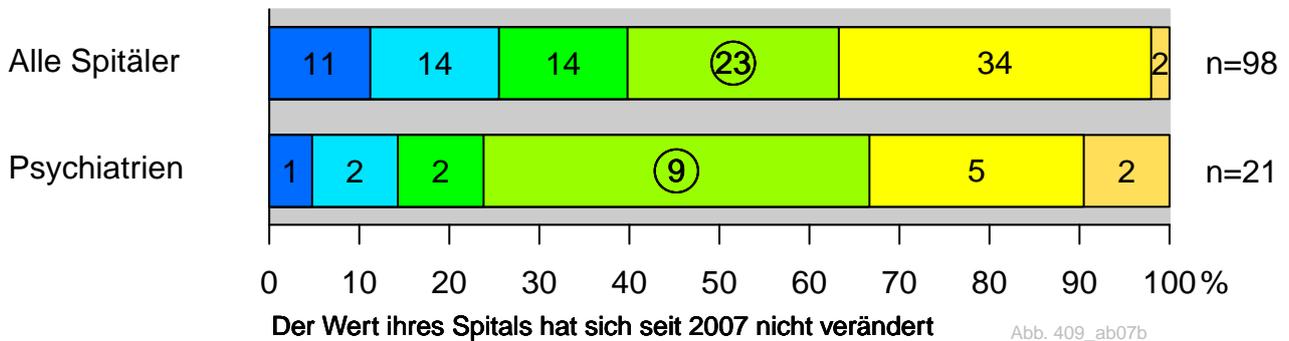
Risikomanagement-Prozess

7	11	17	36	27	0
7	11	17	36	27	0
2	2	5	6	6	0

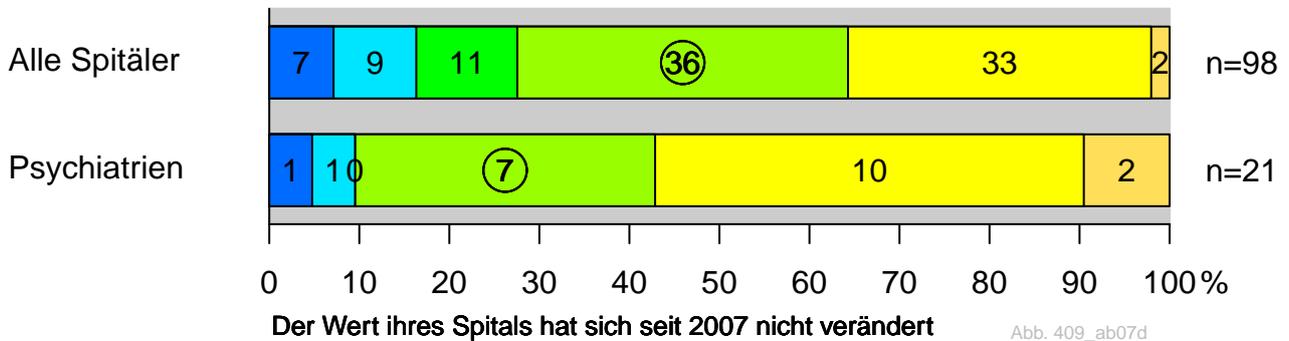
Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM ihres Spitals sind definiert.



Die Prozesse des kRM sind spitalweit definiert und dokumentiert.



Die klinischen Risiken werden auf Spital Ebene identifiziert.



Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden
--------------------------	--	--	--------------------------	------------------------	-----------------------------

Die Ursachen und Umstände eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess werden nicht nur auf Klinikenebene, sondern auch auf Spitalebene analysiert.

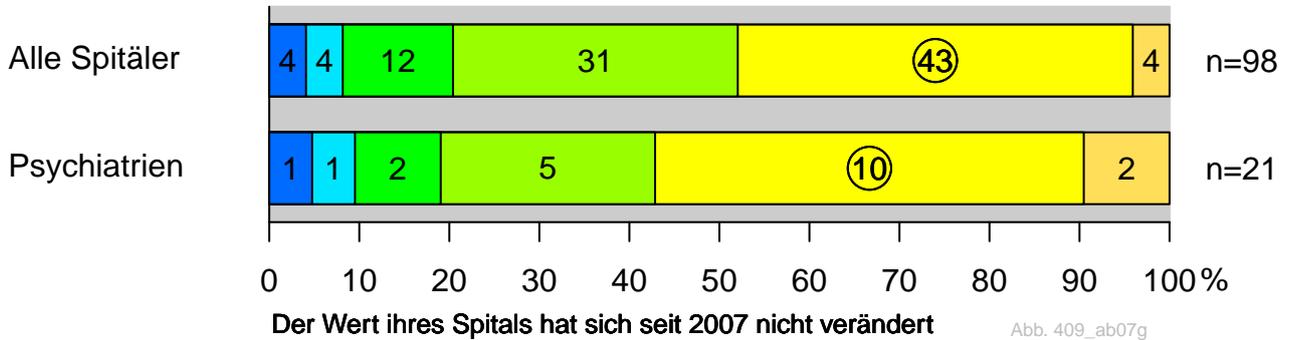


Abb. 409_ab07g

Die klinischen Risiken werden spitalweit bewertet.

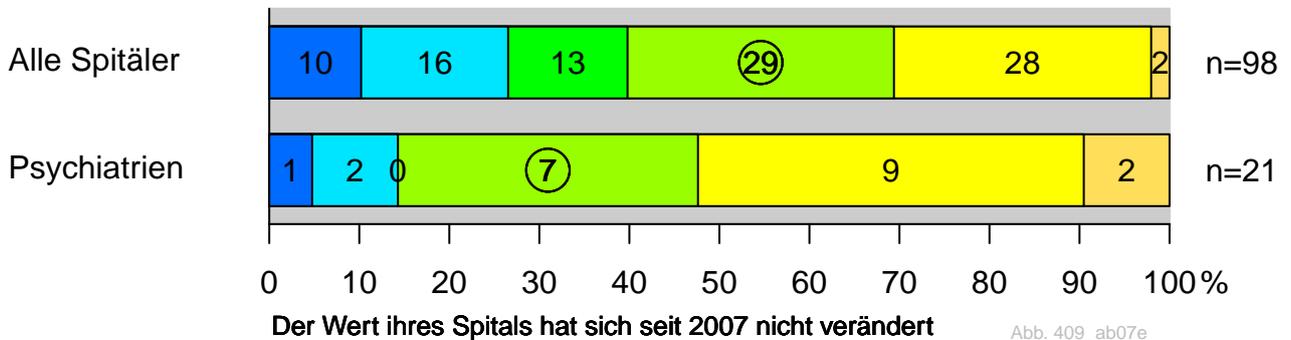


Abb. 409_ab07e

Aufgrund der Ursachenanalyse eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess werden auf Spitalebene Massnahmen abgeleitet.

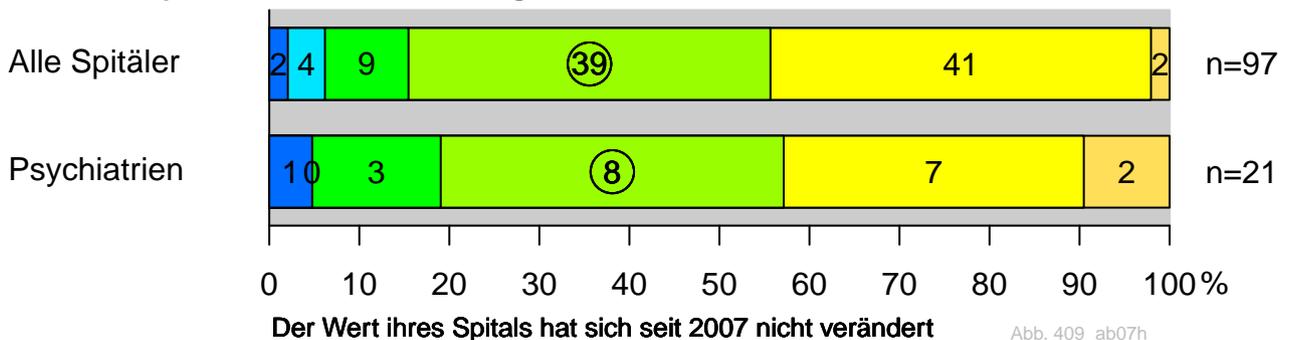


Abb. 409_ab07h

Veränderungen der klinischen Risiken werden auf Spitalebene überwacht.

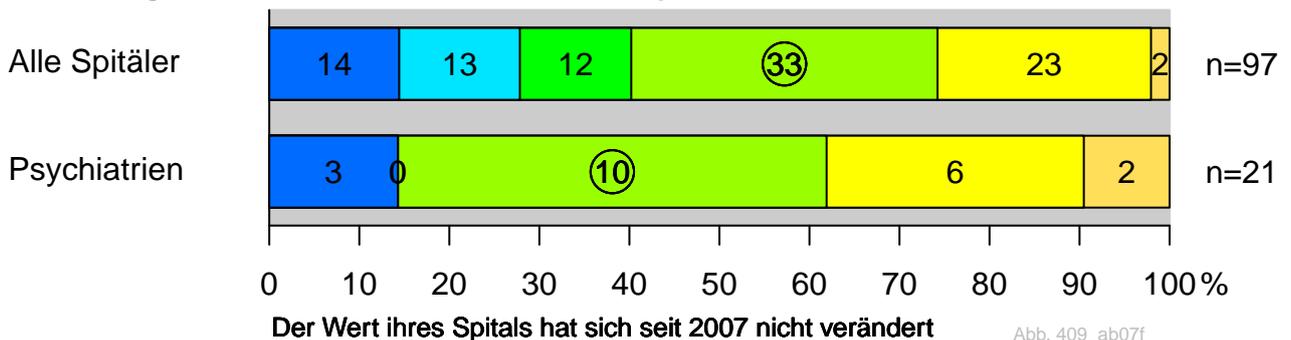


Abb. 409_ab07f



Die spitalweiten Prozesse des kRM werden allen Mitarbeitenden kommuniziert.

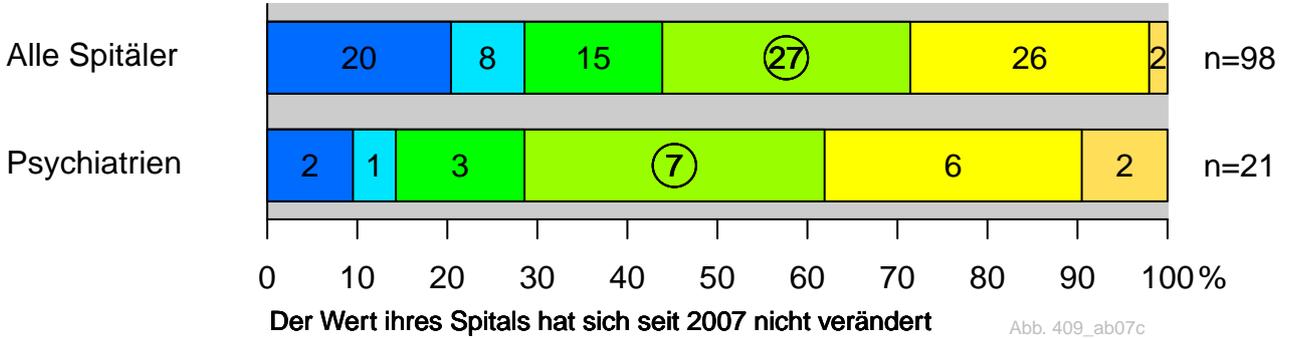


Abb. 409_ab07c

Berichte zum klinischen Risikomanagement werden für das gesamte Spital erstellt.

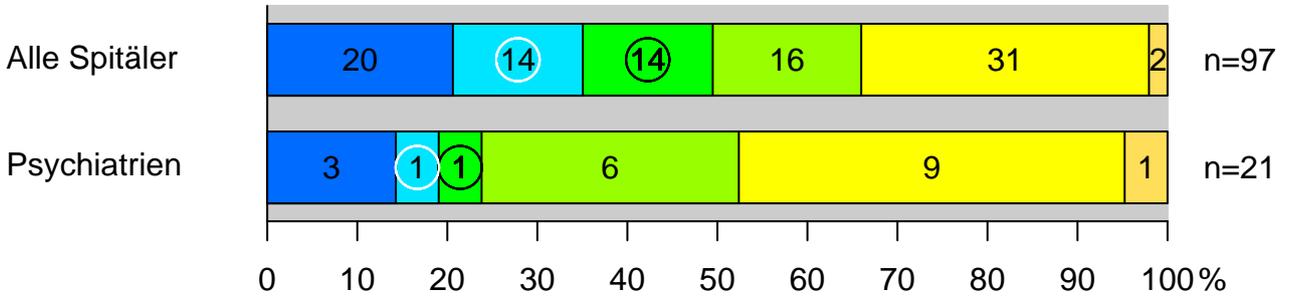


Abb. 409_ab07p

Weitere Aspekte des kRM (Leadership, Partizipation, Ausbildung)



Klinisches RM und Fragen der Patientensicherheit sind ein regelmässiges Traktandum in der Spitalleitungssitzung.

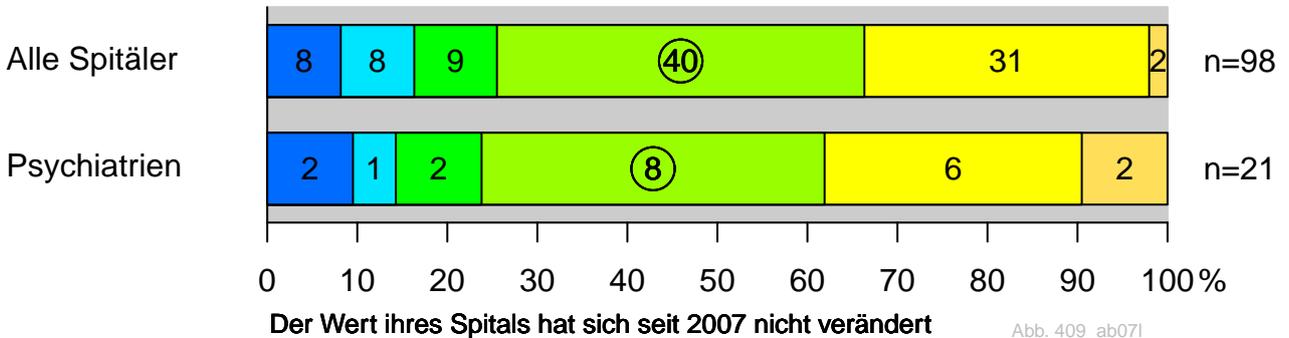
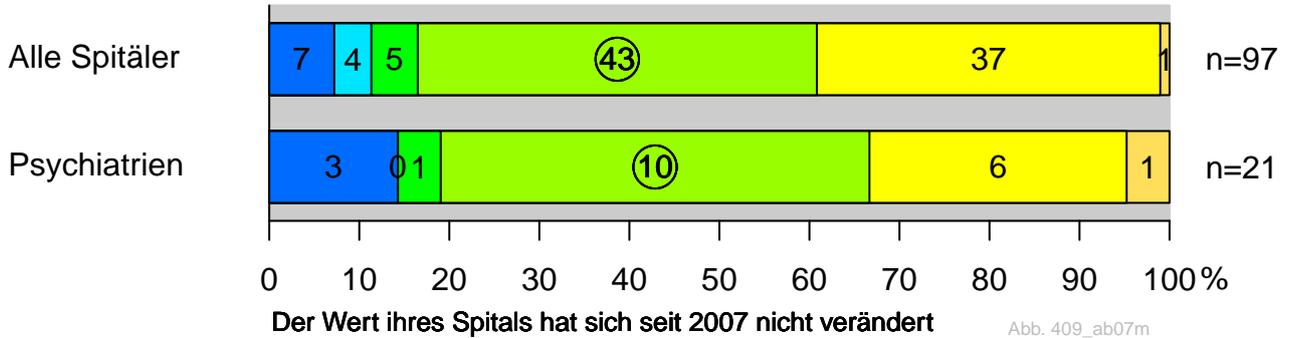


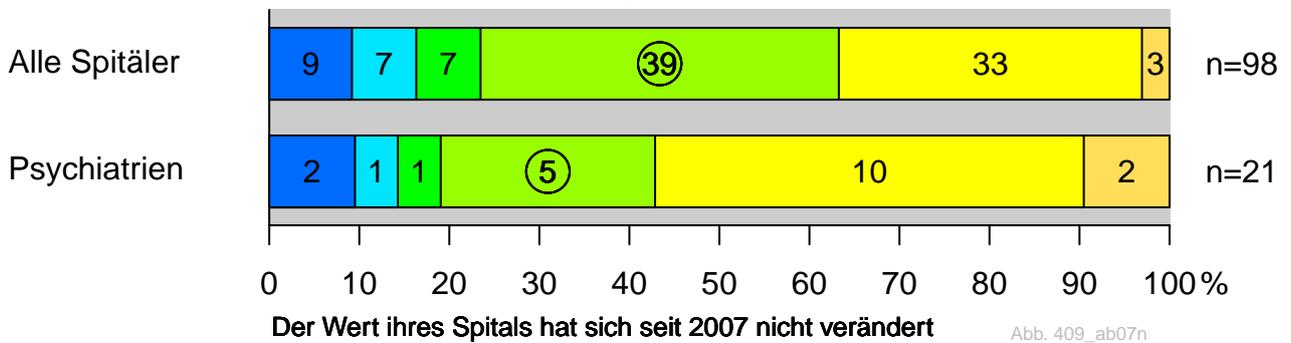
Abb. 409_ab07l



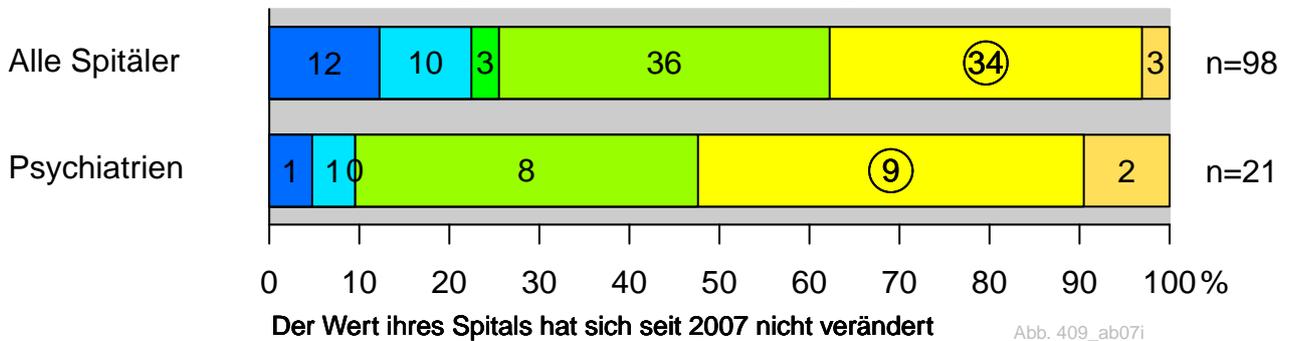
Die Spitalleitung macht durch konkrete Aktivitäten ihr Engagement bei Fragen zur Patientensicherheit sichtbar.



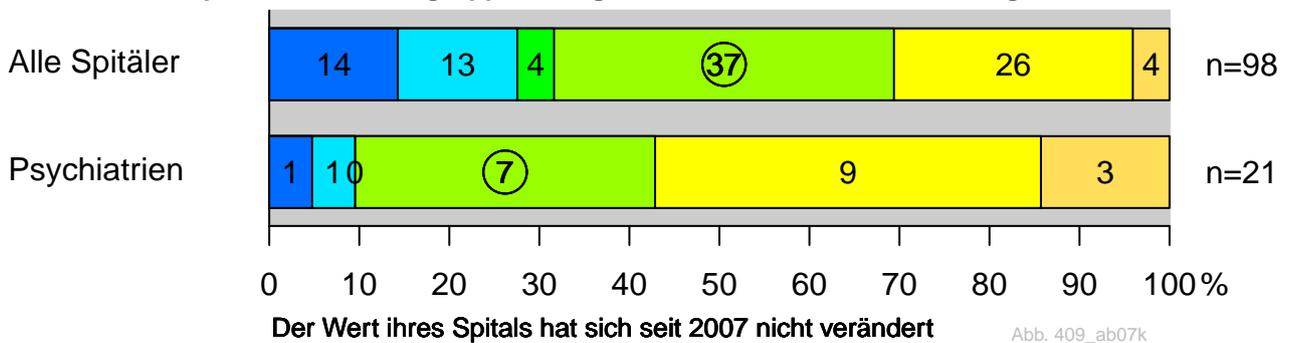
Die Mitarbeitenden werden aktiv ins kRM einbezogen (z.B. bei der Identifikation klinischer Risiken).



Es werden auf Spitalebene interdisziplinäre Fallkonferenzen durchgeführt.



Es werden auf Spitalebene berufsgruppenübergreifende Fallkonferenzen durchgeführt.



Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden
--------------------------	--	--	--------------------------	------------------------	-----------------------------

Für die Mitarbeitenden des Spitals werden regelmässige Fortbildungen zu Themen des kRM und der Patientensicherheit durchgeführt.

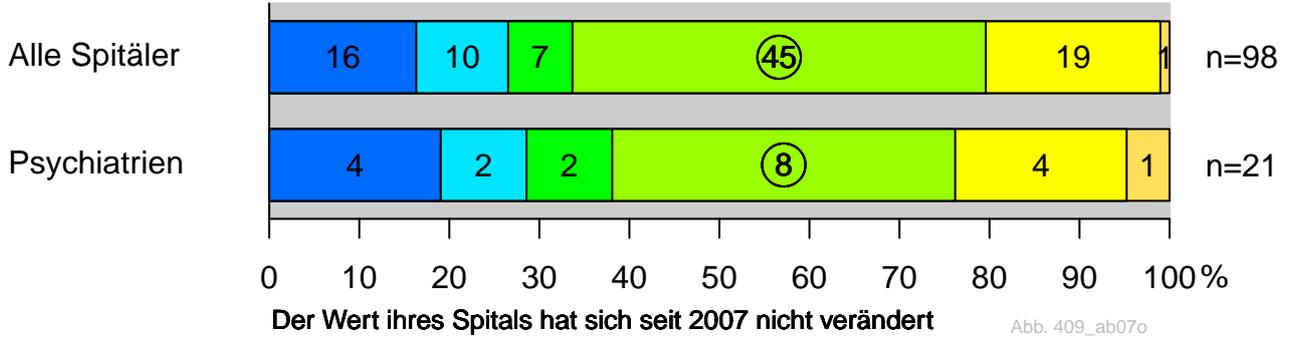


Abb. 409_ab07o

Externe Stellen werden in die Weiterentwicklung des kRM des Spitals eingebunden (z.B. im Rahmen von Beratungen, Audits usw.).

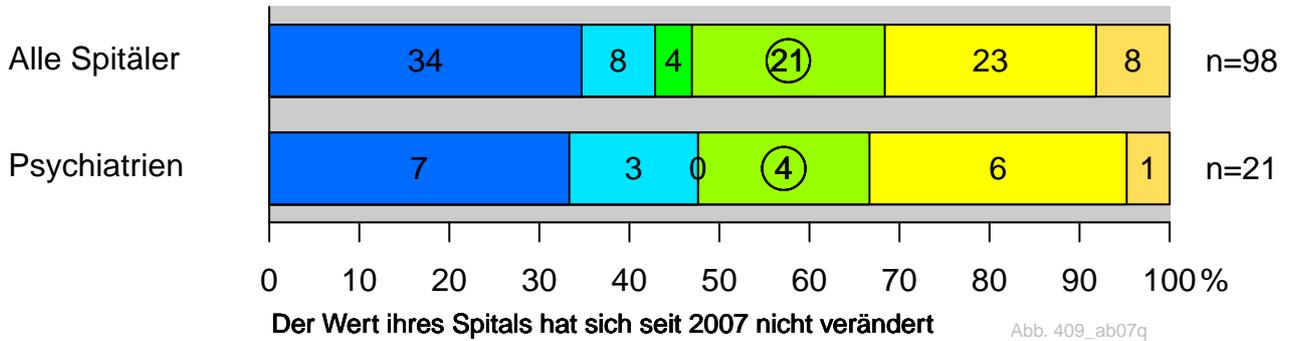


Abb. 409_ab07q

Meldesystem für kritische Ereignisse (Incident Reporting System)

B10 Verfügen Sie in Ihrem Spital über ein *spitalweites* Meldesystem für kritische Ereignisse (im Gegensatz zu gesetzlich vorgeschriebenen Vigilanzsystemen).

Ja, im Gesamtspital umgesetzt	Ja, in einzelnen Kliniken umgesetzt	Nein, ist aber in der Einführung für das Gesamtspital	Nein, ist aber in der Einführung für einzelne Kliniken	Nein, ist aber geplant für das Gesamtspital in den nächsten 12 Mt	Nein, ist aber geplant für einzelne Kliniken in den nächsten 12 Mt	Nein
-------------------------------	-------------------------------------	---	--	---	--	------

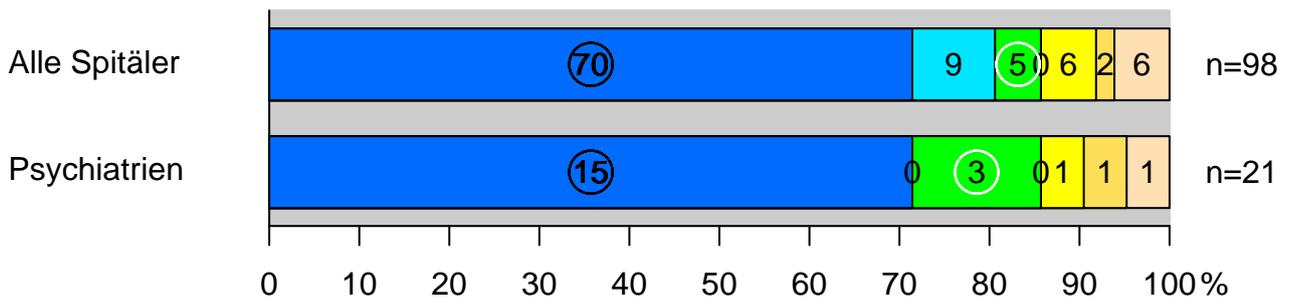


Abb. 409_ab10

Anmerkungen:

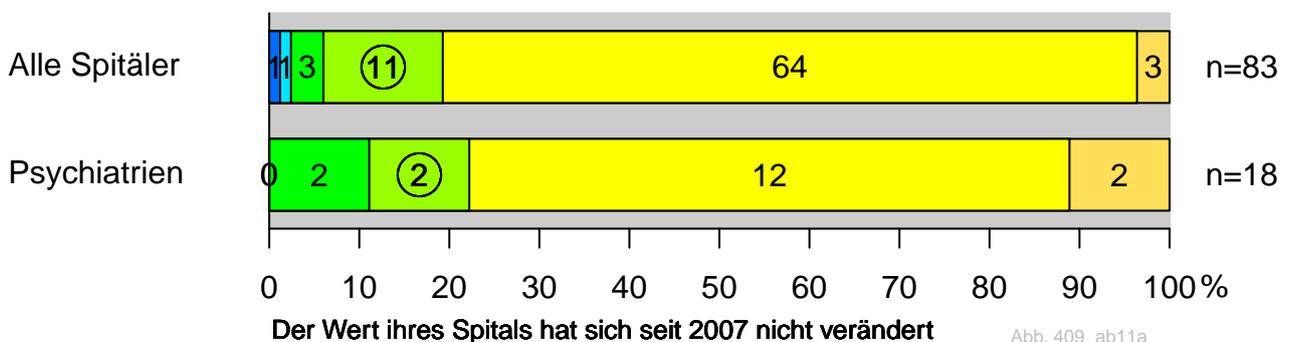
- N=98
- Einführung zwischen 1999 und 2010, am häufigsten: 2004-2008 (vorher hatten erst 10 eines)

B11 Falls Sie über ein spitalweites Meldesystem verfügen oder falls Sie aktuell in der Einführung eines Meldesystems für das Gesamtspital sind, geben Sie bitte an, wie systematisch folgende Aussagen zutreffen.

Die Fragen sind geordnet entlang der Reihenfolge im Erhebungsbogen.

Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden
--------------------------	--	--	--------------------------	------------------------	-----------------------------

Im Spital oder in einzelnen Kliniken ist eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen vorhanden.



Der Wert ihres Spitals hat sich seit 2007 nicht verändert

Abb. 409_ab11a

Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden
--------------------------	--	--	--------------------------	------------------------	-----------------------------

Schadensfälle werden ins Meldesystem miteinbezogen.

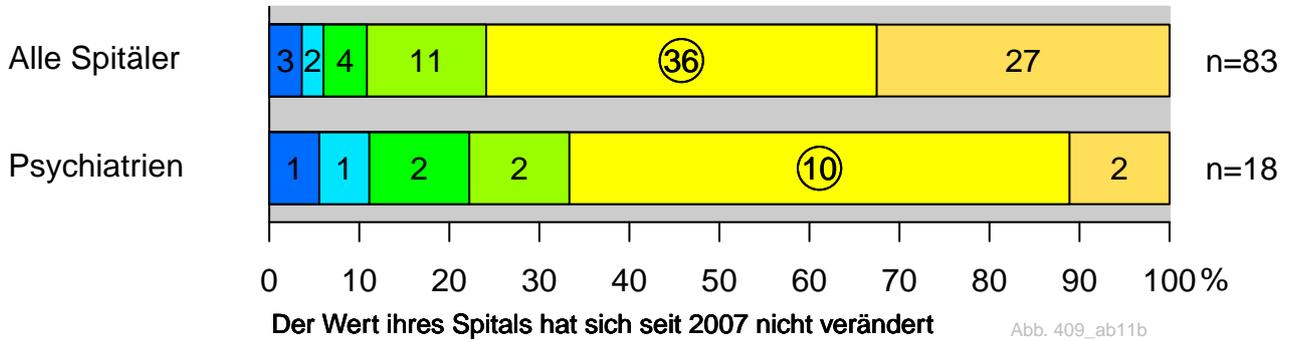


Abb. 409_ab11b

Das Meldesystem ist elektronisch.

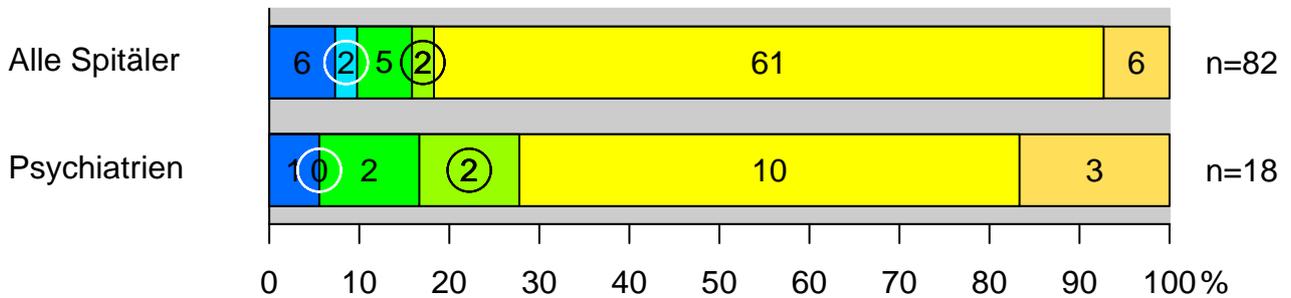


Abb. 409_ab11c

Das Meldesystem ist anonym.

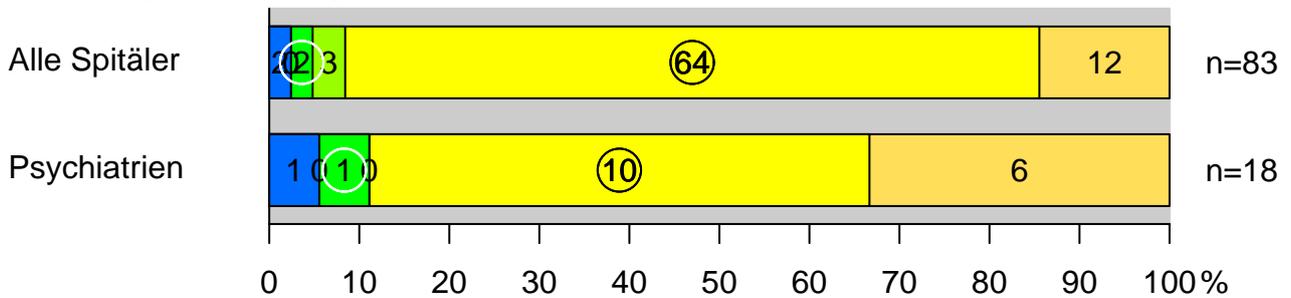


Abb. 409_ab11d

Einführungen/Schulungen zum Meldesystem finden statt.

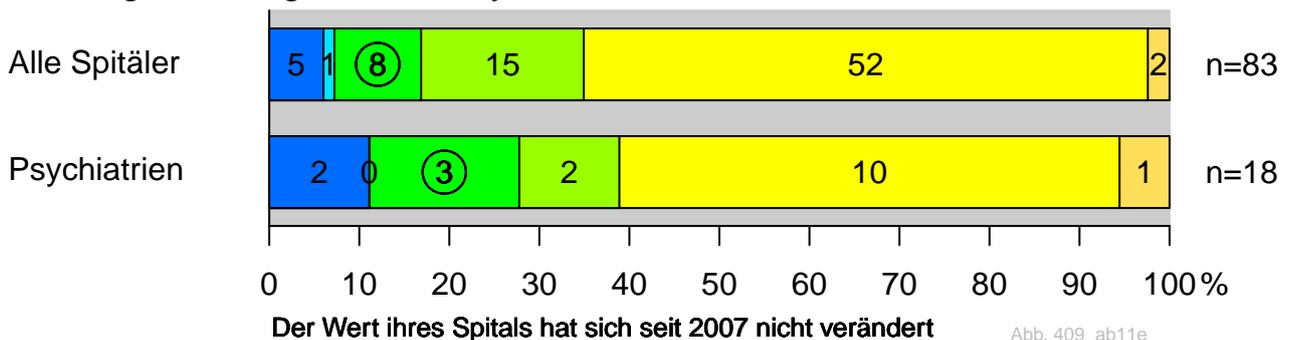


Abb. 409_ab11e

Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden
--------------------------	--	--	--------------------------	------------------------	-----------------------------

Mitarbeitende, welche kritische Ereignisse melden, erhalten zeitnah ein Feedback zu ihrer Meldung.

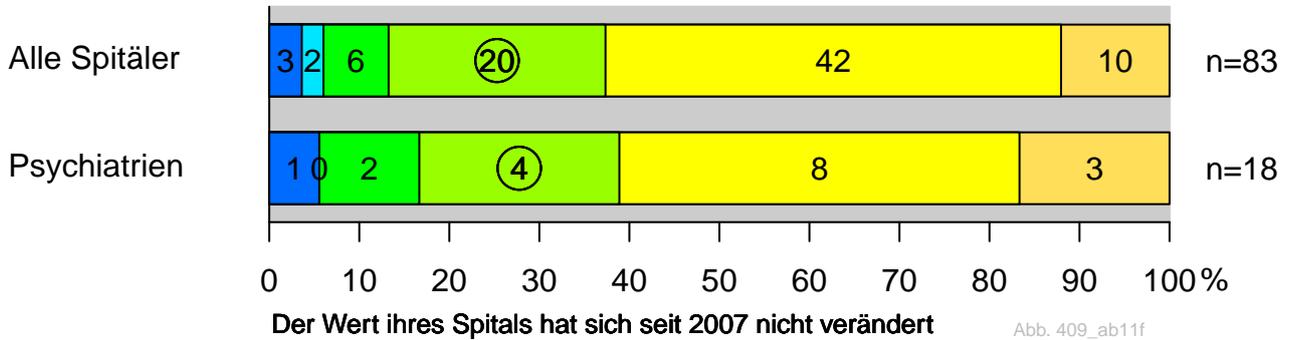


Abb. 409_ab11f

Berichtete Ereignisse werden den Mitarbeitenden kommuniziert.

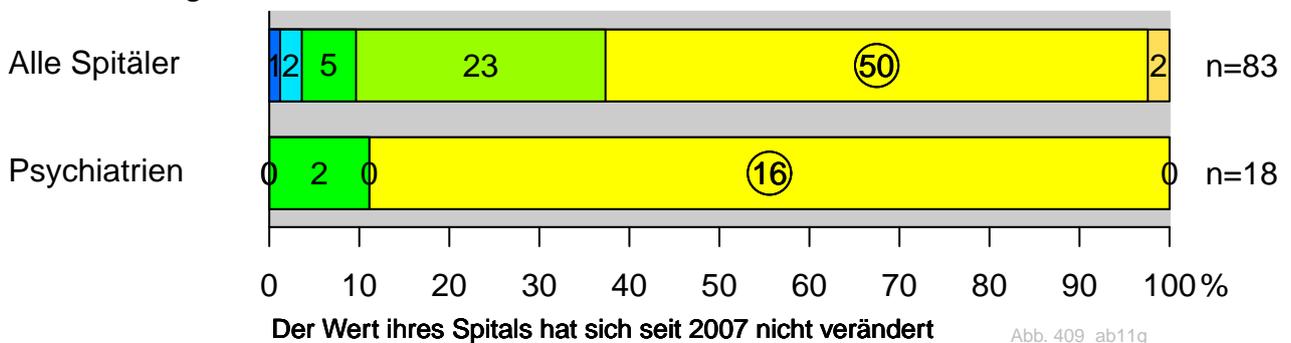


Abb. 409_ab11g

Die Ursachen eines kritischen Ereignisses werden mit einer standardisierten Vorgehensweise analysiert.

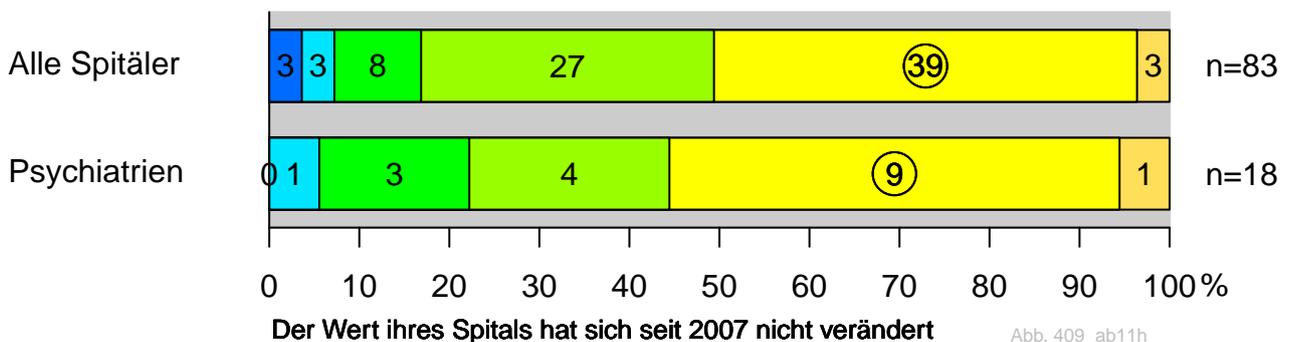


Abb. 409_ab11h

Die Ergebnisse der Ursachenanalyse werden den Mitarbeitenden kommuniziert.

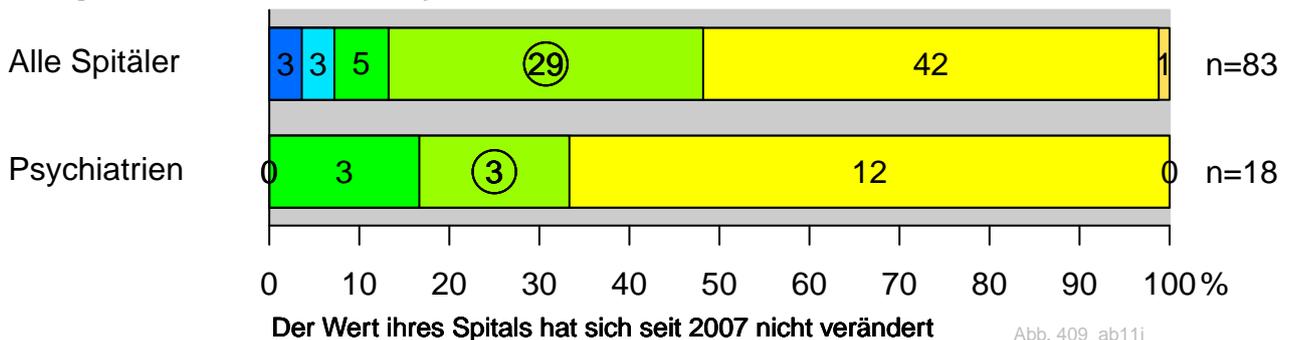


Abb. 409_ab11i

C) Überblick über das kRM in den einzelnen Kliniken bzw. in den Bereichen mit Patientenkontakt Ihres Spitals

Wir gehen davon aus, dass das kRM nicht in allen Kliniken bzw. Bereichen mit Patientenkontakt (inkl. Labor) Ihres Spitals einheitlich umgesetzt ist. In diesem Abschnitt möchten wir erfassen, inwieweit unterschiedliche kRM-Aktivitäten in den Kliniken bzw. Bereichen mit Patientenkontakt umgesetzt werden oder geplant sind. (Hinweis: Im Folgenden sprechen wir nur noch von „Kliniken“, um den Lesefluss nicht unnötig zu erschweren.)

C2 Bitte beurteilen Sie für die folgenden Aussagen zu kRM-Aktivitäten, inwiefern diese auf der Ebene der Kliniken gegenwärtig zutreffen oder geplant sind.

C2.1 Risikomanagement-Prozess

Ja, für alle Kliniken	Ja, für einzelne Kliniken, geplant für alle	Ja, für einzelne Kliniken	Geplant, für alle Kliniken	Geplant, für einzelne Kliniken	Nein, für keine Klinik
-----------------------	---	---------------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------

Klinikinterne Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM sind klar definiert.

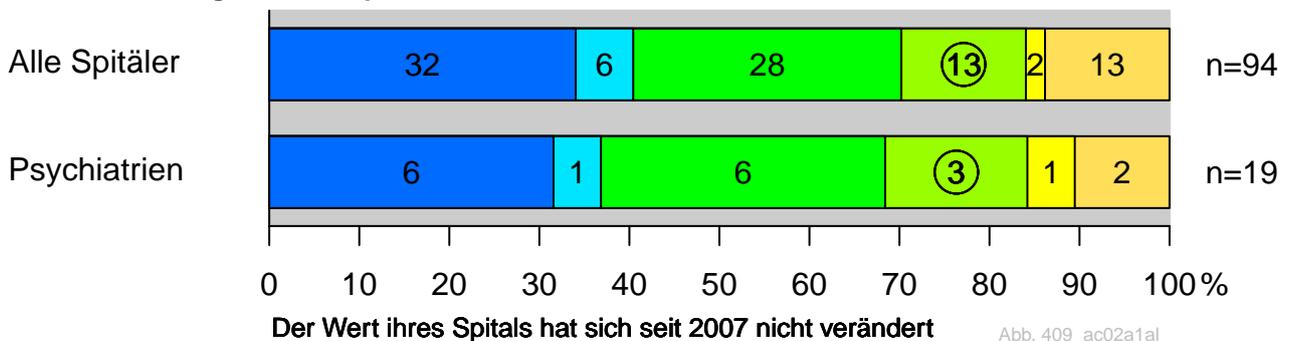


Abb. 409_ac02a1aI

Die Klinikleitung macht durch konkrete Aktivitäten ihr Engagement bei Fragen zur Patientensicherheit regelmässig sichtbar.

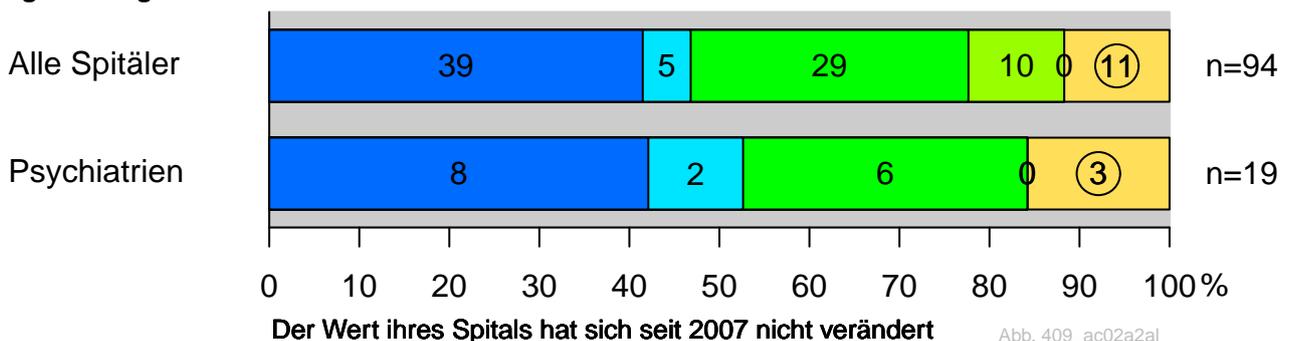


Abb. 409_ac02a2aI

Klinische Risiken werden systematisch identifiziert.

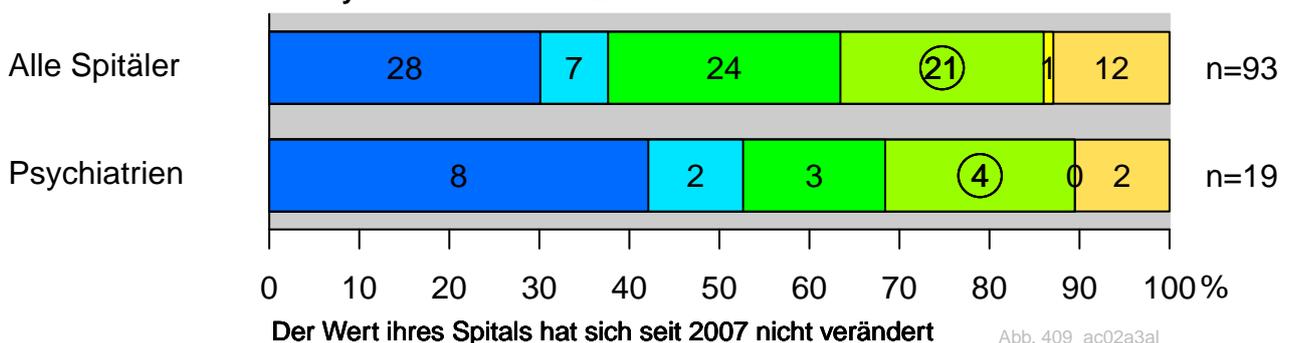
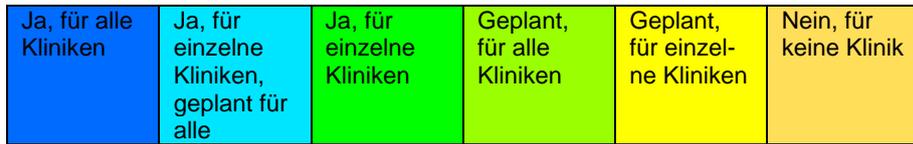
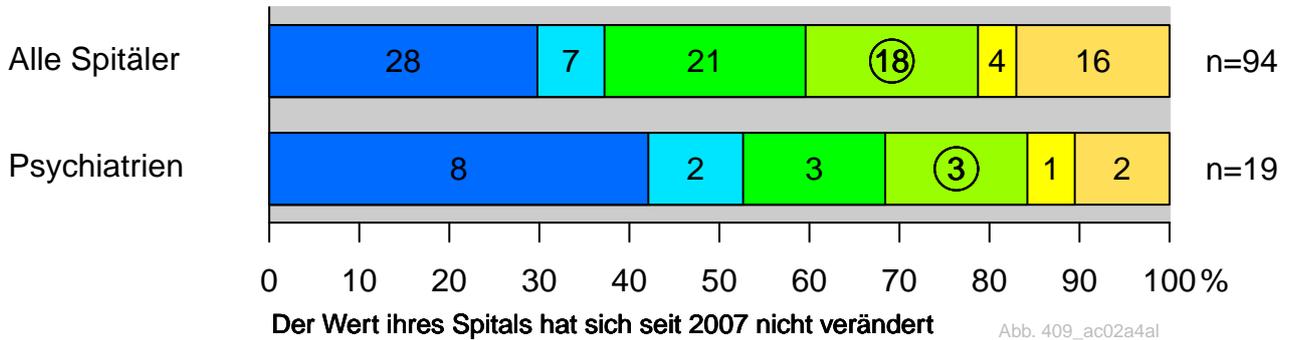


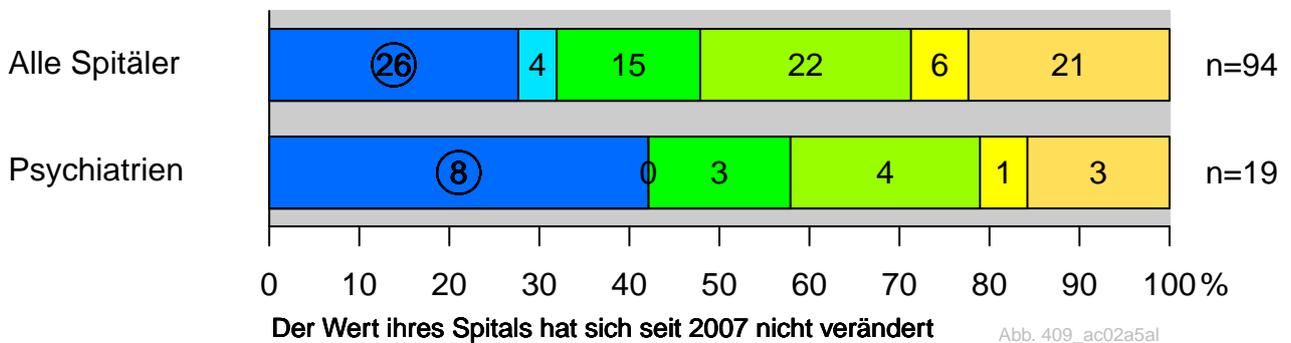
Abb. 409_ac02a3aI



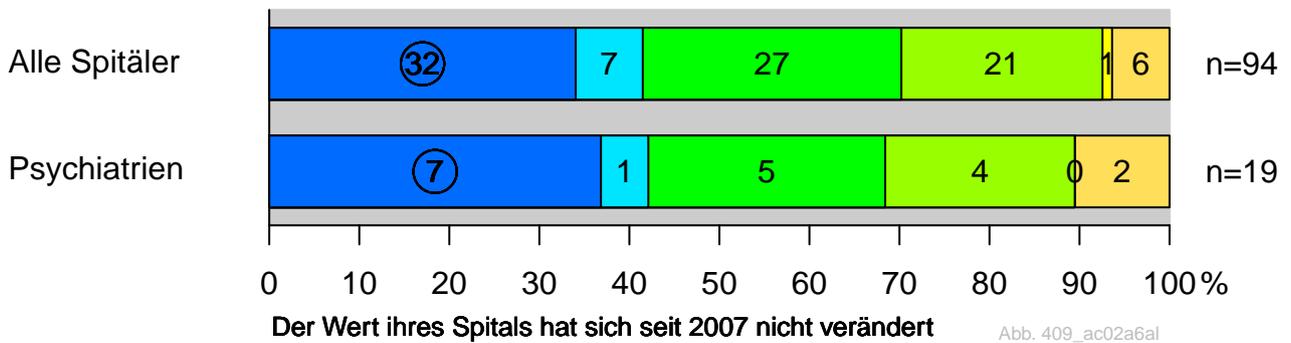
Die Ursachen klinischer Risiken werden systematisch analysiert.



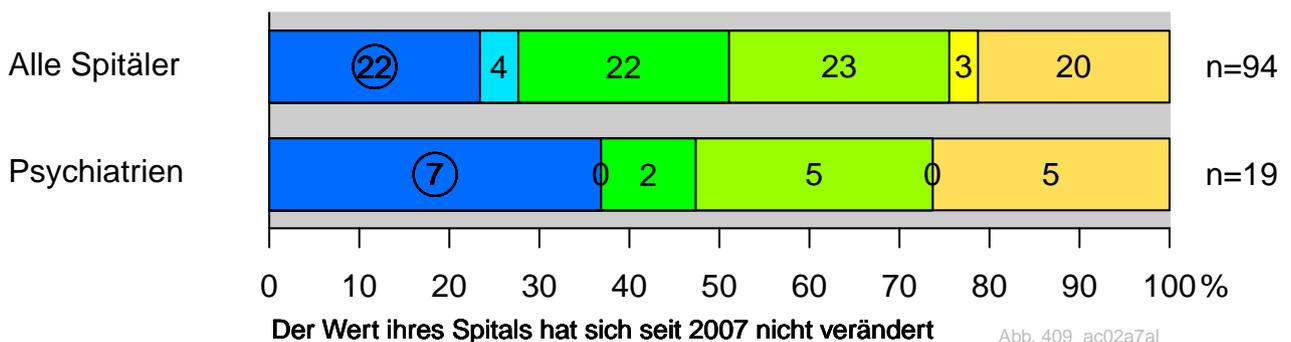
Die klinischen Risiken werden systematisch bewertet.



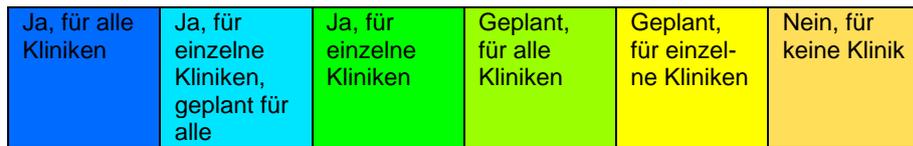
Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit werden systematisch umgesetzt.



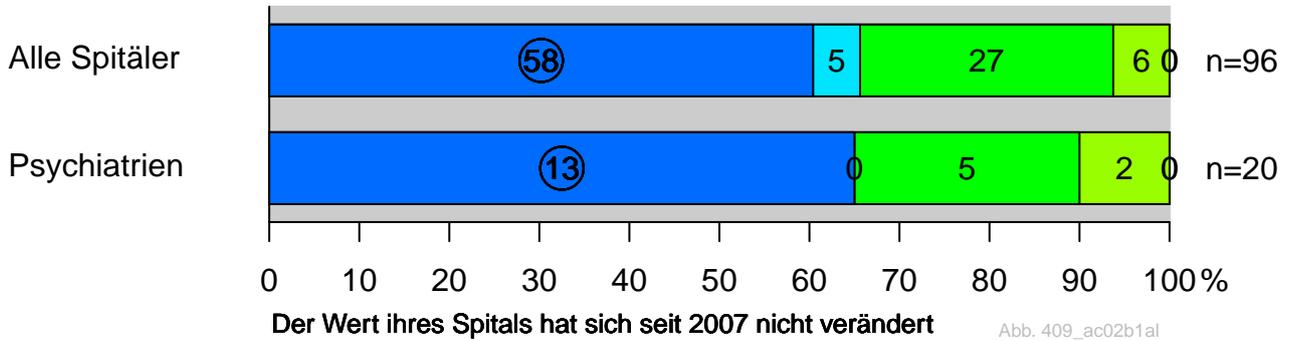
Veränderungen der klinischen Risiken werden systematisch überwacht.



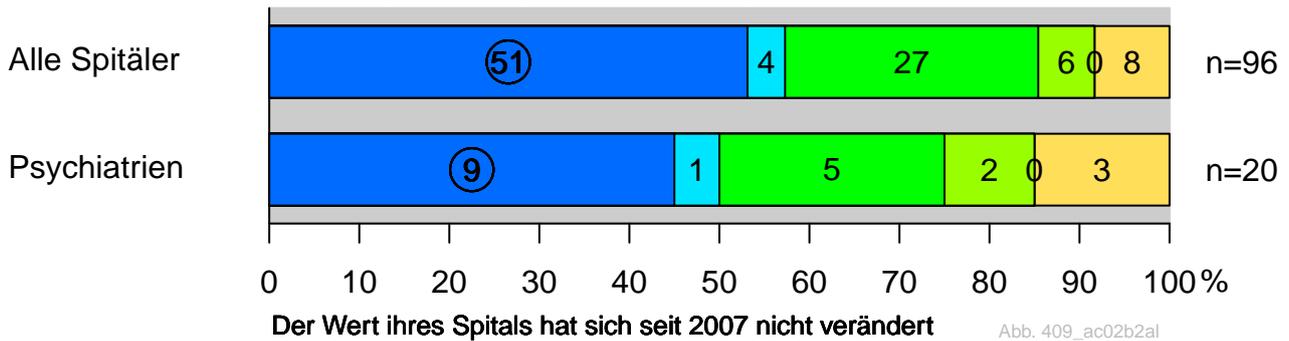
C2.2 Kommunikation und Information



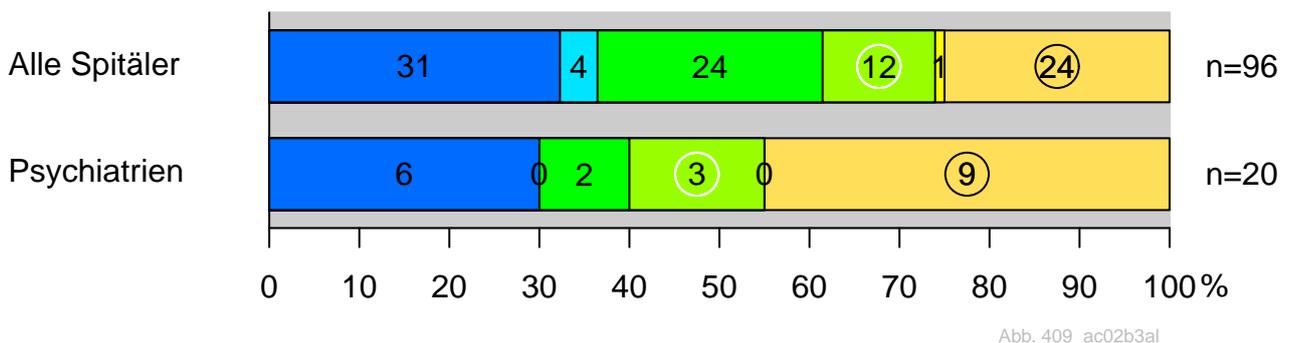
Die Klinikleitung / die Leitung des Fachbereichs schafft ein Arbeitsklima, das eine offene Kommunikation fördert.

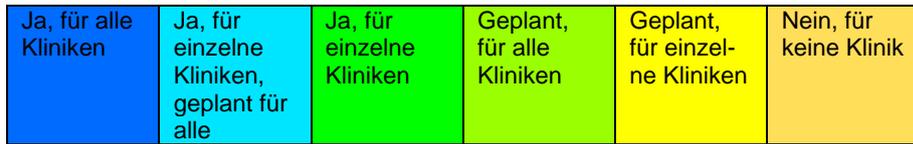


Es existieren Richtlinien (z.B. Checklisten, Formulare, Prozessbeschreibungen), die sicherstellen, dass die Patienten vor einer Behandlung über mögliche Risiken aufgeklärt werden.



Es existieren Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler in ihrer Behandlung informiert werden.





Es werden regelmässig Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen zum Behandlungsprozess durchgeführt.

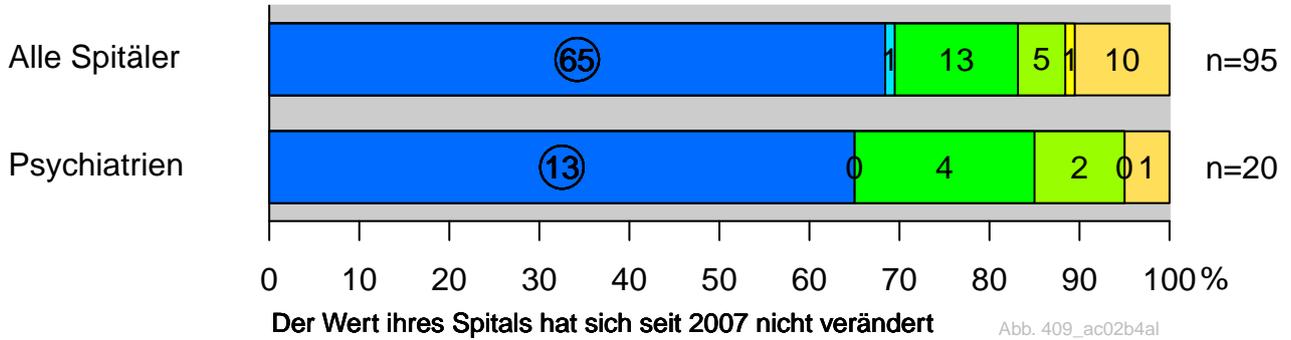


Abb. 409_ac02b4al

Es gibt ein aktiv bewirtschaftetes Beschwerdemanagement.

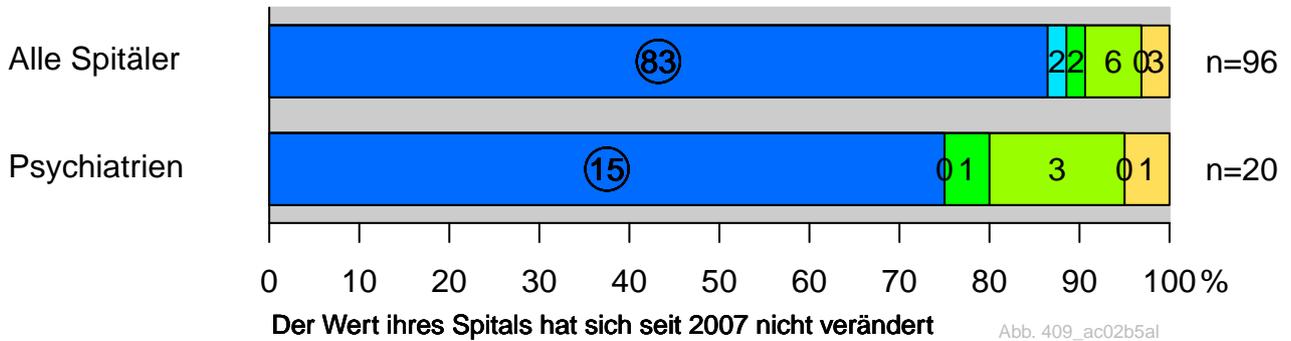
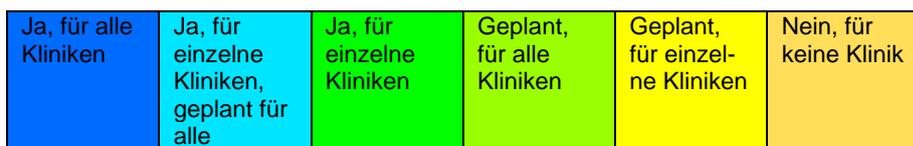


Abb. 409_ac02b5al

C2.3 Dokumentation



Krankengeschichten werden elektronisch geführt.

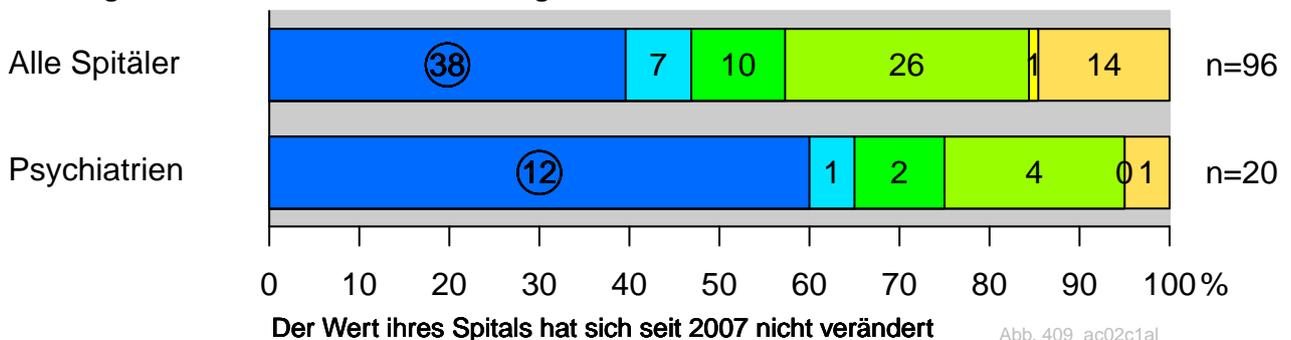
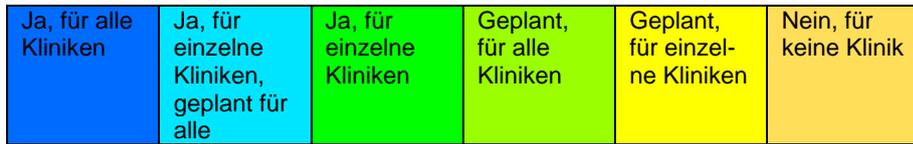


Abb. 409_ac02c1al



Krankengeschichten werden hinsichtlich kritischer Ereignisse im Behandlungsprozess proaktiv ausgewertet und entsprechende Massnahmen eingeleitet.

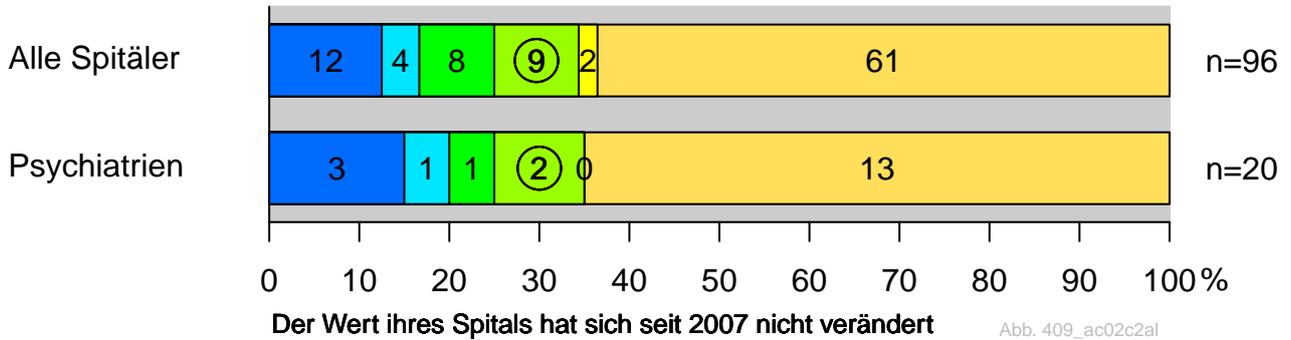


Abb. 409_ac02c2al

Es existiert eine systematische Vorgehensweise, um die Vollständigkeit der Krankengeschichten zu überprüfen und nötigenfalls entsprechende Massnahmen einzuleiten.

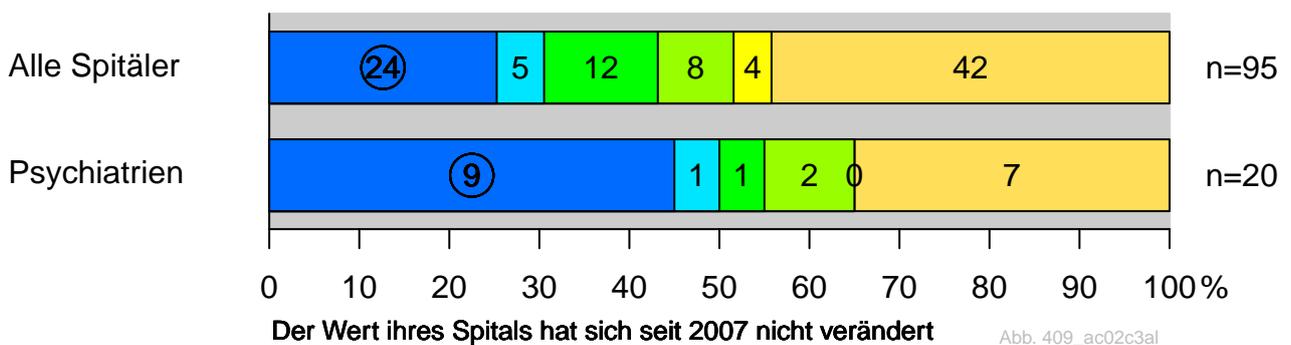
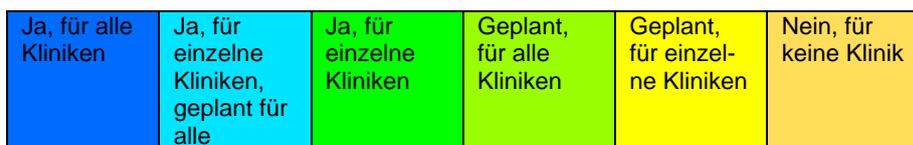


Abb. 409_ac02c3al

C2.4 Lernen und Entwicklung



Die Klinikleitung schafft ein Klima, in der verbesserungswürdige Strukturen und Abläufe offen angesprochen werden können.

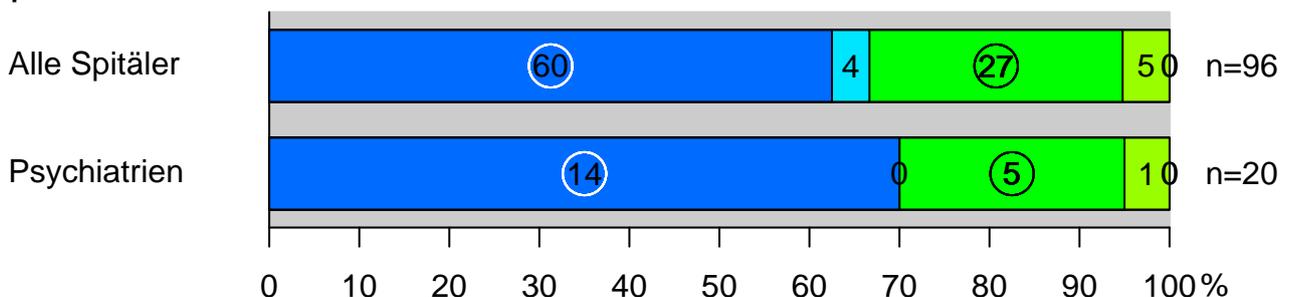
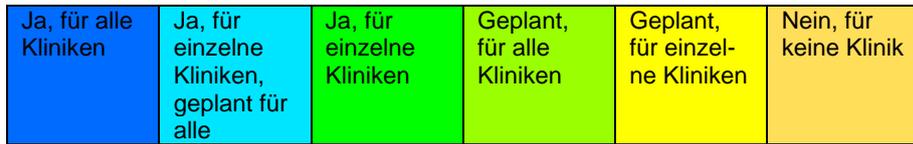


Abb. 409_ac02d1al



Die Klinikleitung berücksichtigt die klinischen Risiken, wenn organisatorische Veränderungen eingeleitet werden.

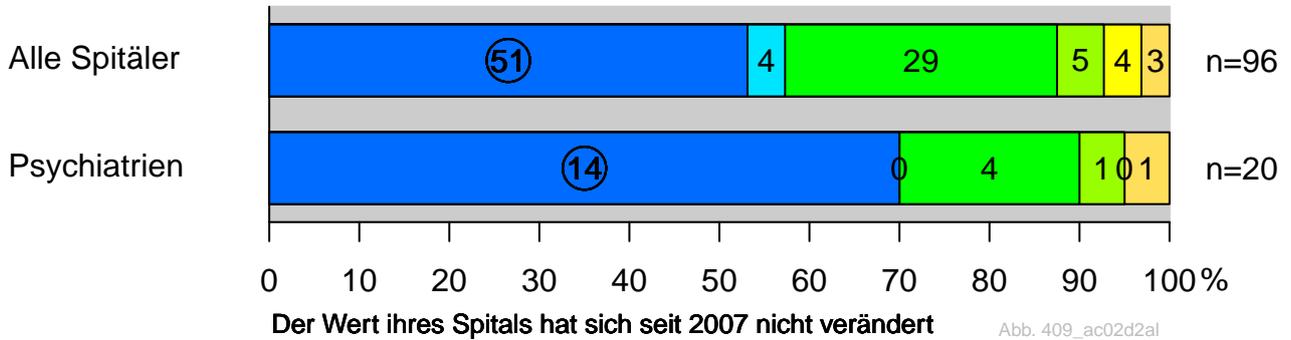


Abb. 409_ac02d2al

Berufsgruppenübergreifende Besprechungen zu Fragen der Patientensicherheit finden regelmässig statt.

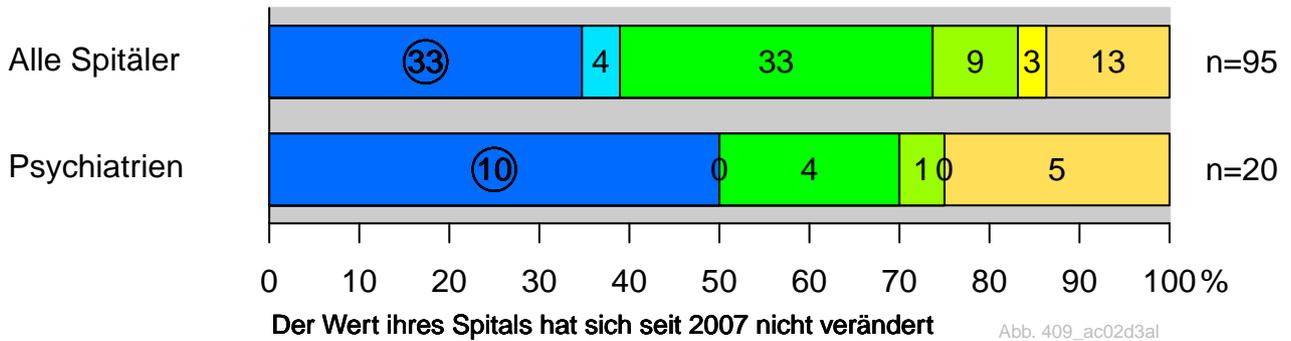


Abb. 409_ac02d3al

Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur werden regelmässig durchgeführt.

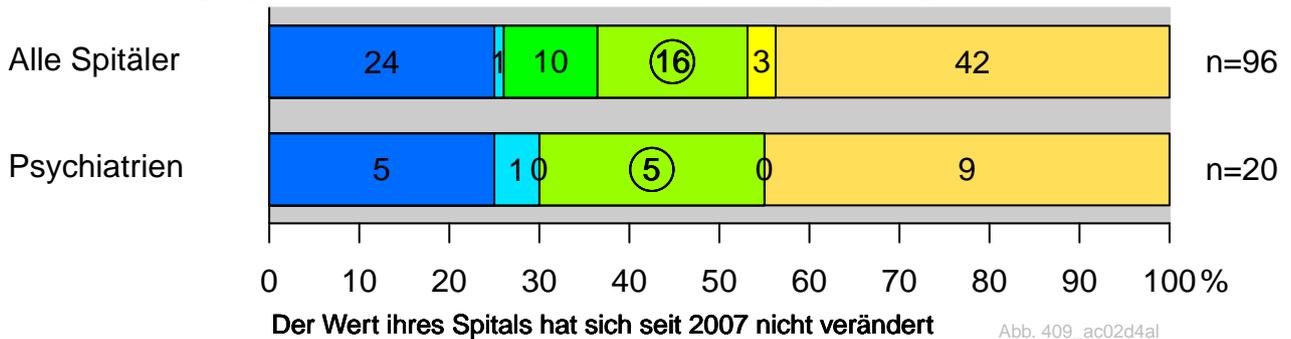


Abb. 409_ac02d4al

Standardisierte Vorgehensweisen für die Übergabe von Aufgaben und Patienten werden eingesetzt.

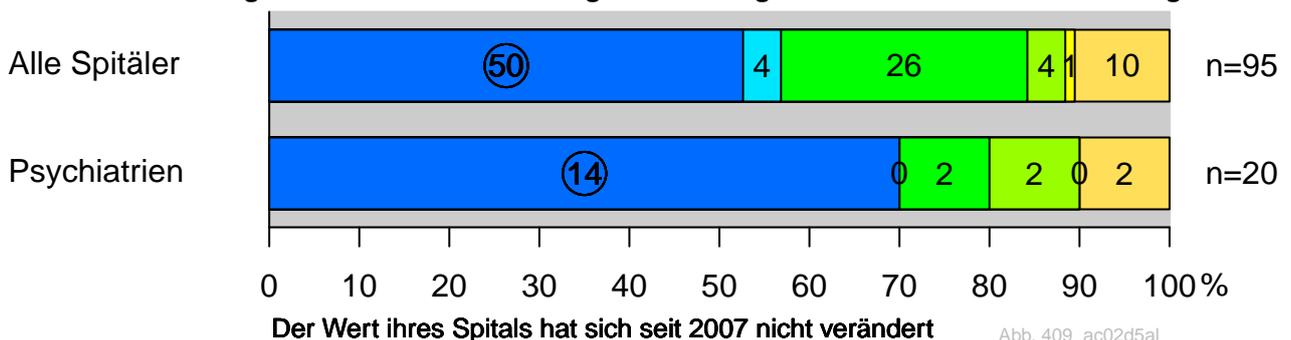
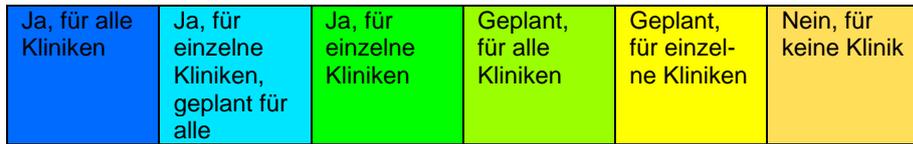
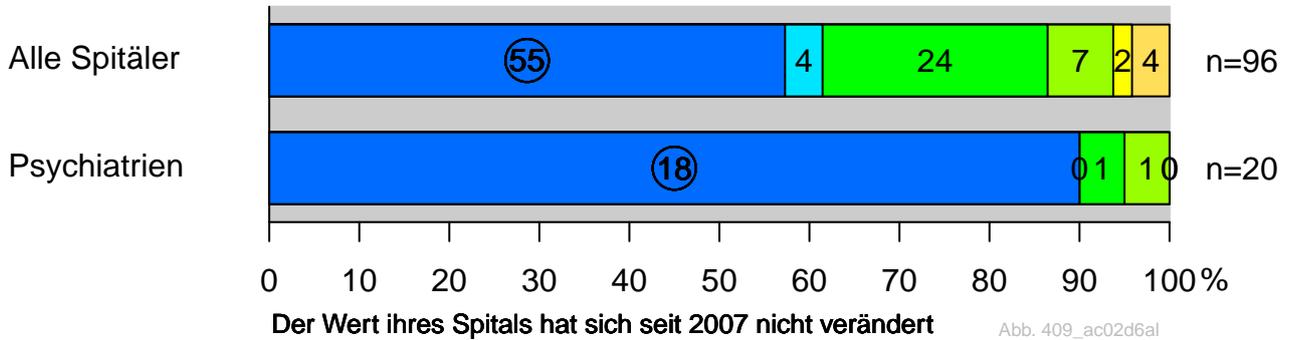


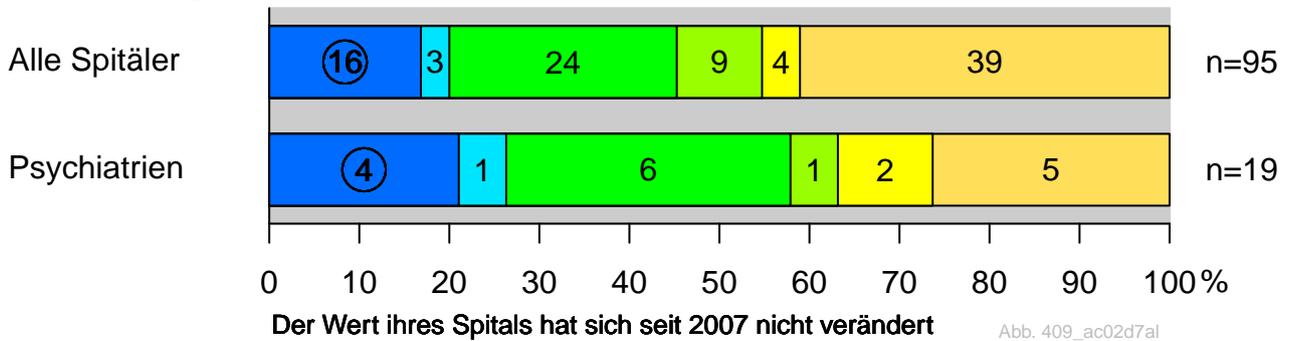
Abb. 409_ac02d5al



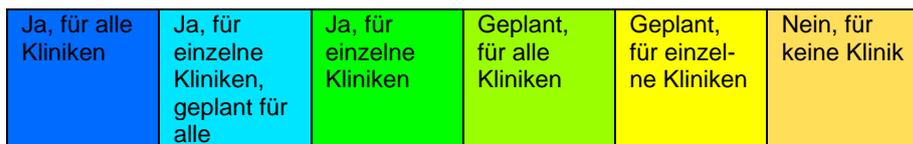
Mitarbeitende werden in der Verarbeitung von kritischen Ereignissen und Fehlern unterstützt (z.B. Debriefing, psychologische Unterstützung).



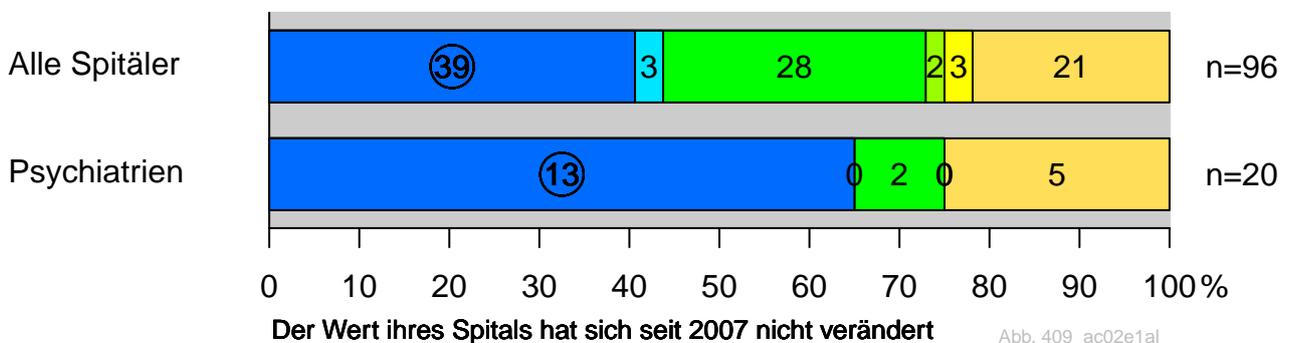
Es existiert ein Forum für betroffene Mitarbeitende, um Fehler, die ihnen unterlaufen sind, vertrauensvoll unter Kollegen zu besprechen.

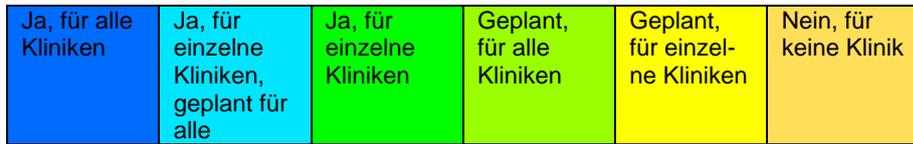


C2.5 Fortbildung/ Schulung/ Weiterbildung



Die Mitarbeitenden werden in der Kommunikation bei der Übergabe von Aufgaben und Patienten geschult.





Die Mitarbeitenden werden in der Früherkennung von kritischen Situationen und Fehlern geschult.

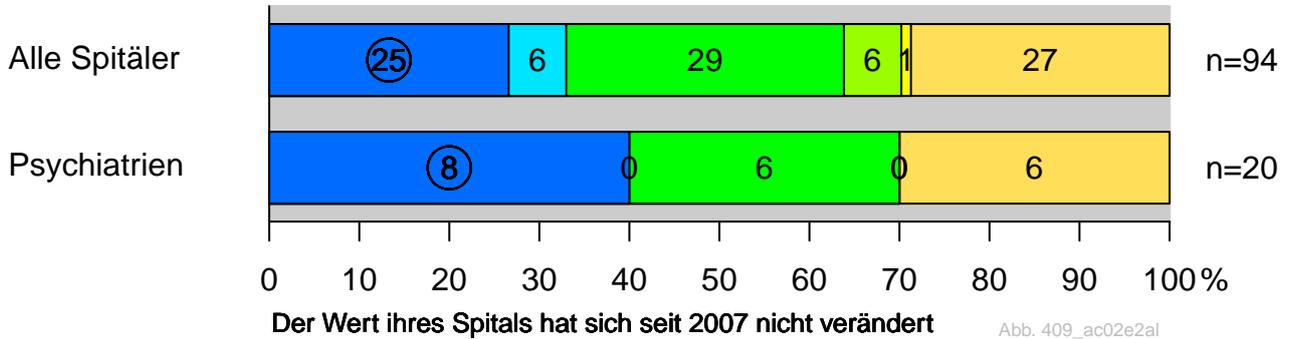


Abb. 409_ac02e2al

Die Mitarbeitenden werden im Bereich der effektiven Zusammenarbeit weitergebildet.

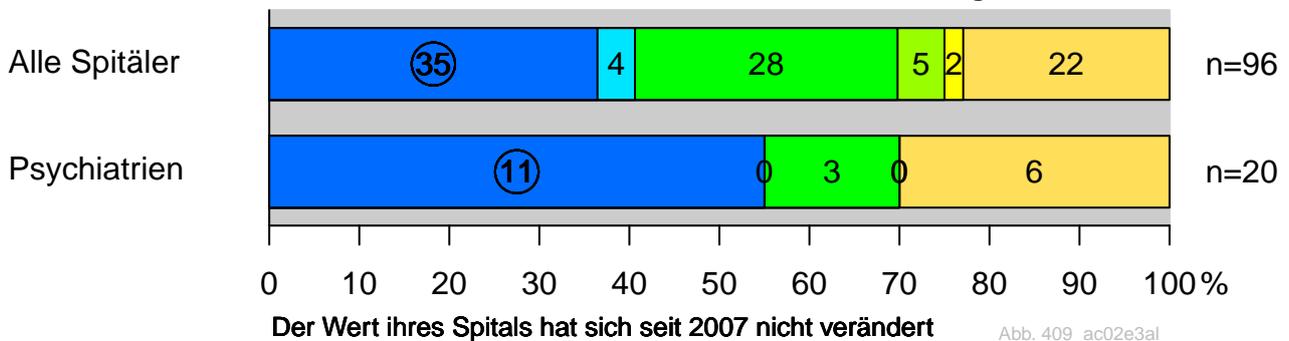


Abb. 409_ac02e3al

Die Mitarbeitenden werden für eine verbesserte Einschätzung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit geschult (z.B. Wahrnehmung von sinkender Aufmerksamkeit und Übermüdung).

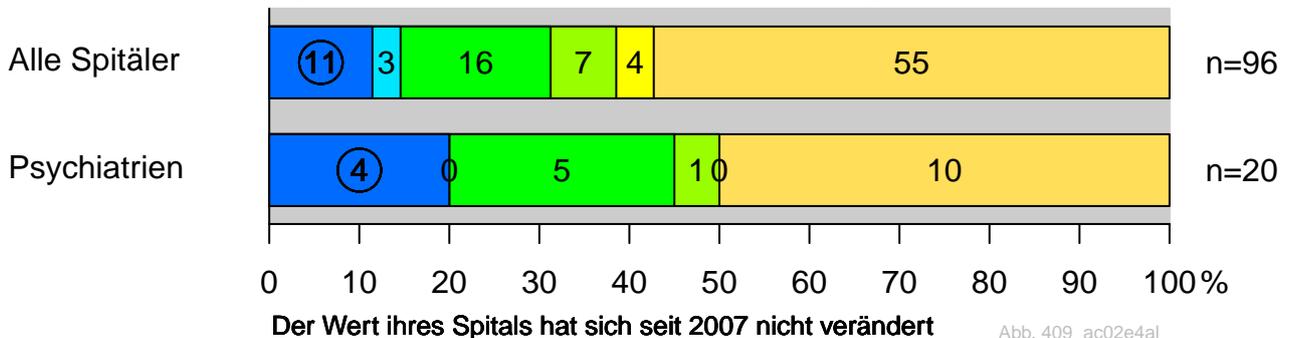


Abb. 409_ac02e4al

Die Mitarbeitenden werden in der Kommunikation von Behandlungsrisiken und kritischen Ereignissen gegenüber Patienten geschult.

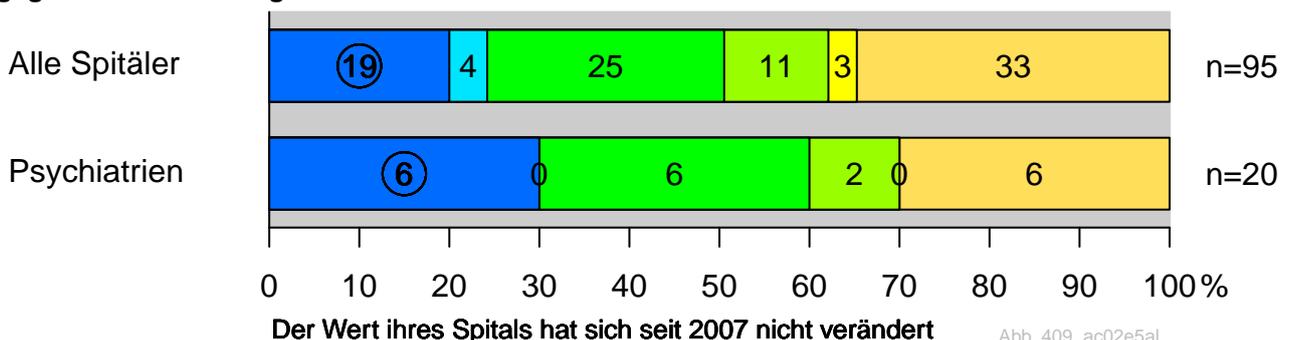
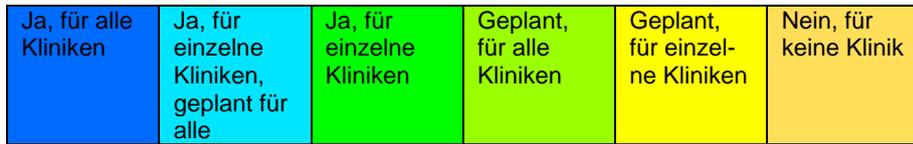
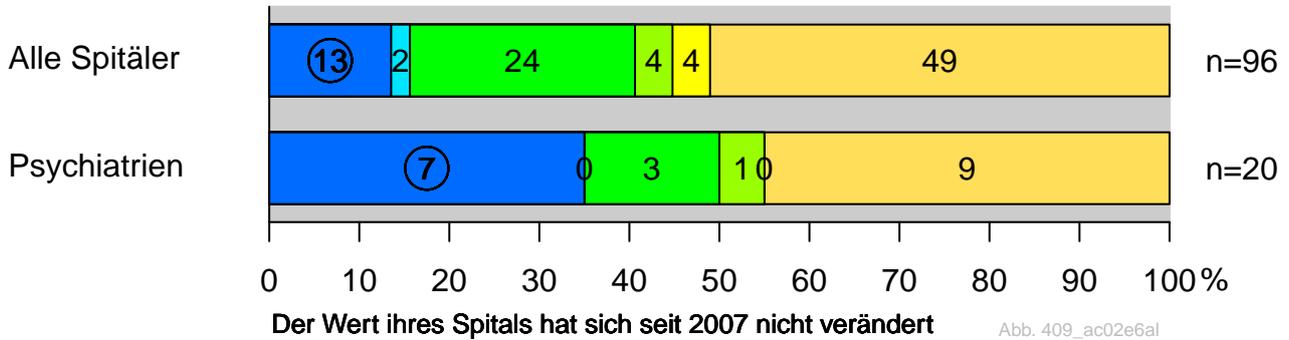


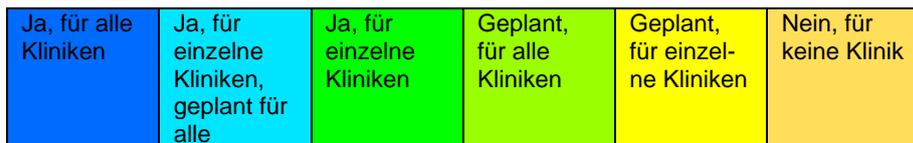
Abb. 409_ac02e5al



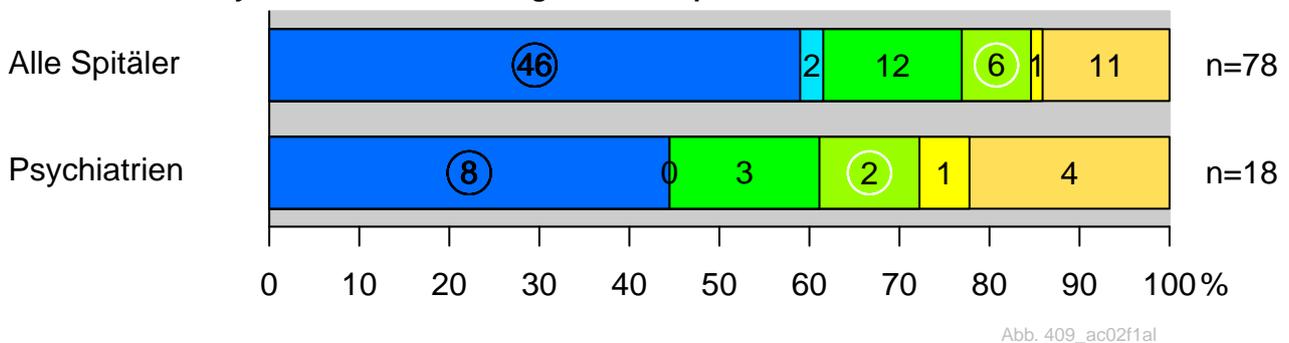
Simulationen zum Üben und Lernen schwieriger Handlungsweisen werden eingesetzt (z.B. Training am Patientensimulator).



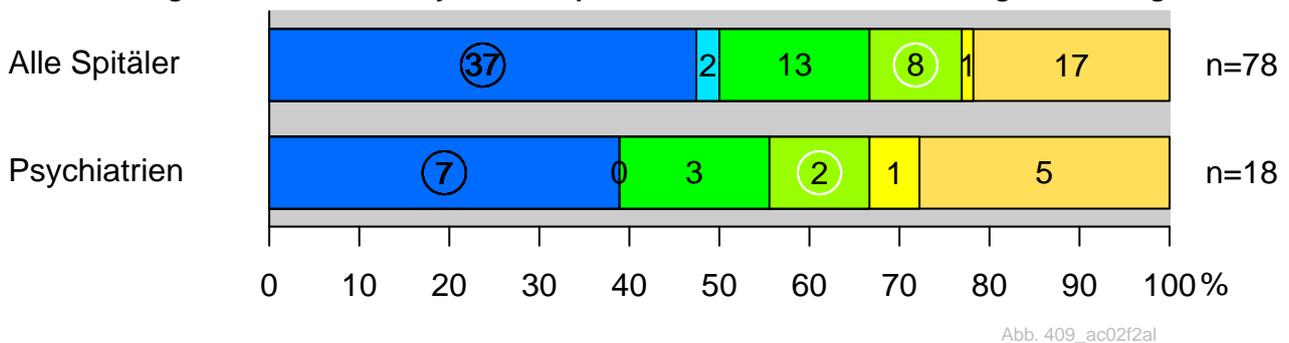
C2.6 Lokale (d.h. klinik- oder fachbereichspezifische) Meldesysteme für kritische Ereignisse (falls ihr Spital nicht über ein spitalweites Meldesystem verfügt (siehe B10-B12) oder sie mit unterschiedlichen Meldekreisen arbeiten.)

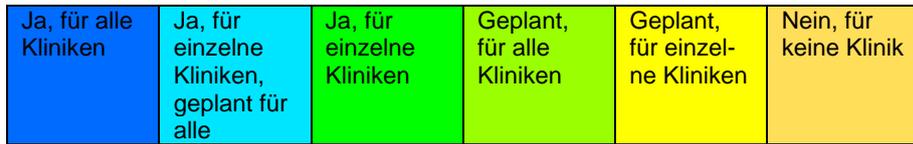


Ein lokales Meldesystem für kritische Ereignisse ist implementiert.



Die Benutzung des lokalen Meldesystems resp. Meldekreises für kritische Ereignisse wird geschult.





Zur Ursachenanalyse berichteter Ereignisse werden standardisierte Vorgehensweisen eingesetzt.

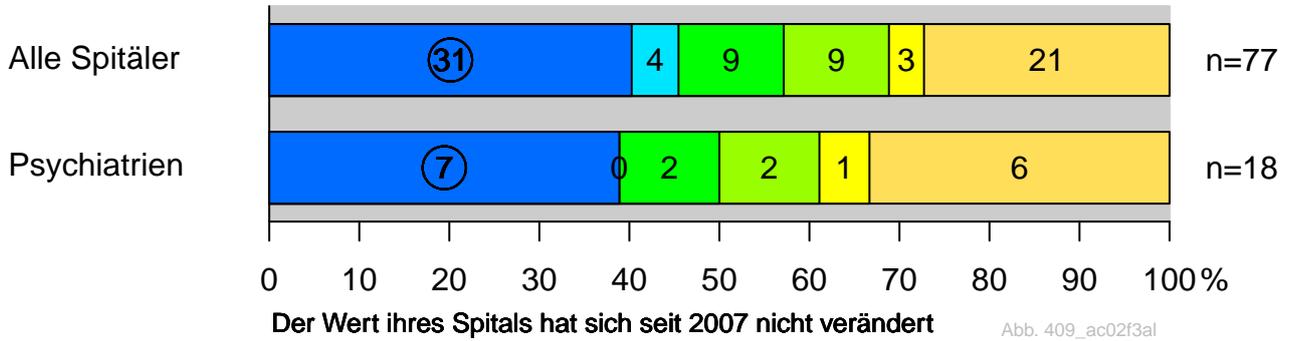


Abb. 409_ac02f3al

Es wird eine standardisierte Vorgehensweise zur Rückmeldung berichteter Ereignisse an die Mitarbeitenden eingesetzt.

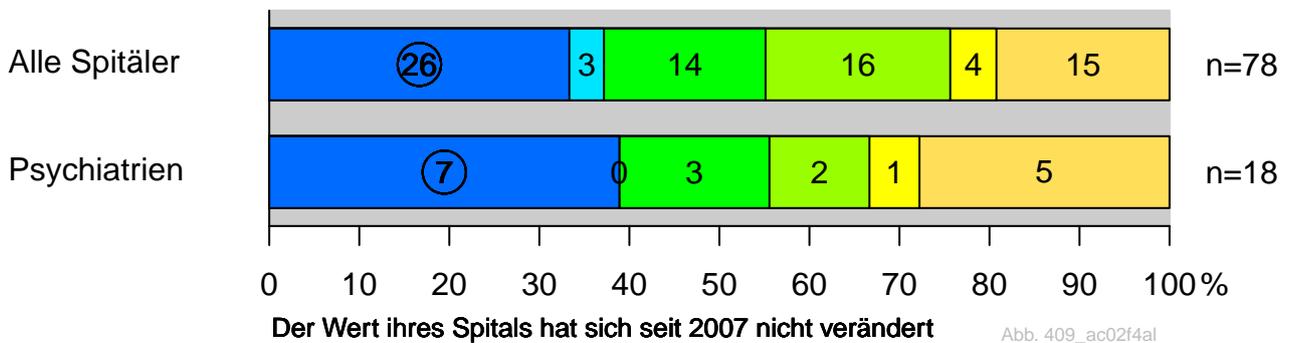


Abb. 409_ac02f4al

Die Umsetzung der aus Ursachenanalysen abgeleiteten Massnahmen wird systematisch überprüft.

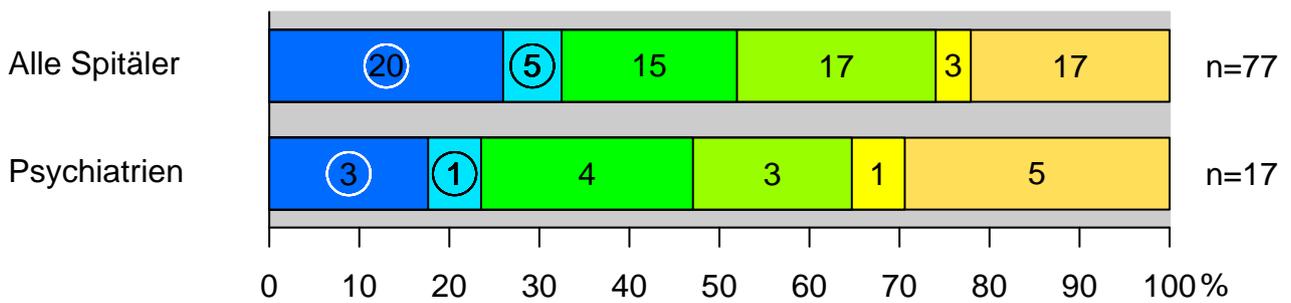


Abb. 409_ac02f5al

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Erhebung!

© Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften ZOA, ETH Zürich & Hochschule Luzern – Wirtschaft, IBR Institut für Betriebs- und Regionalökonomie

Prof. Dr. Theo Wehner
Co-Projektleitung
ETH Zürich
Zentrum für Organisations- und
Arbeitswissenschaften (ZOA)

Oliver Kessler
Co-Projektleitung
Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regional-
ökonomie (IBR)

Matthias Briner
Projektmitarbeiter
ETH Zürich / Hochschule Luzern
ZOA / IBR

Weitere Informationen finden Sie auf unsere Webseite:
www.rms.ethz.ch

Umfrage Weiterbildung: Beurteilung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte 2010

Gesamtübersicht für Herr Dr. med. René Bridler

[zurück](#)

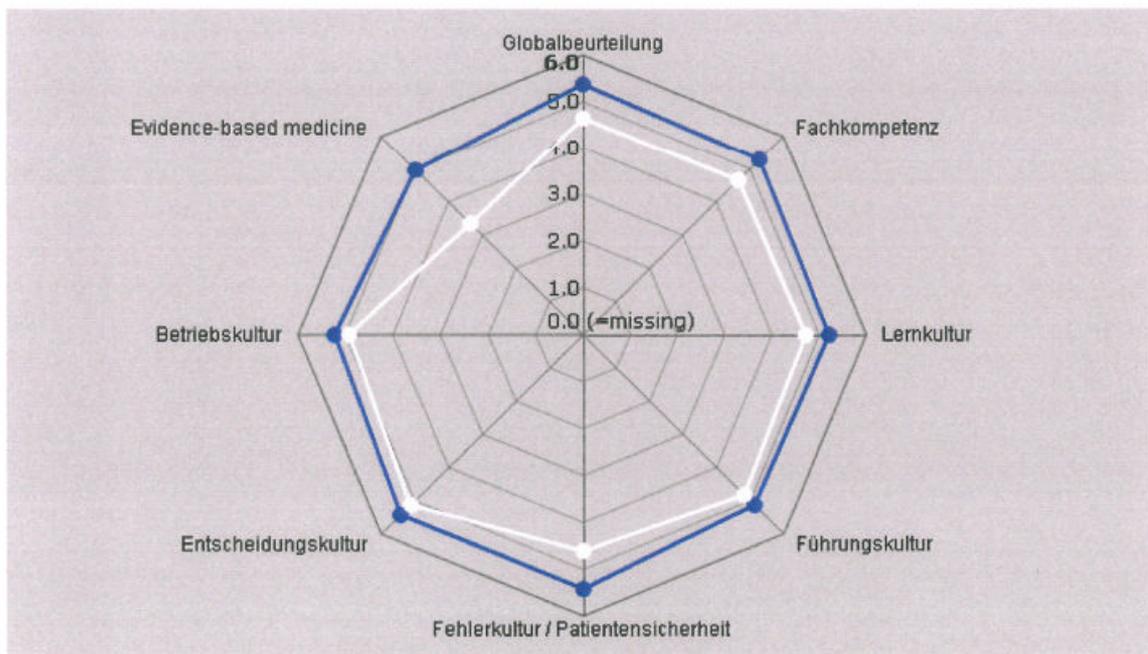
WBS Nr.: 401334

Bericht Nr.: 809

Abteilung: Psychiatrische Privatklinik
Departement:

Fachtitel: Psychiatrie und Psychotherapie
Kategorie: Mehrfachanerkennung im gleichen Fachgebiet

Institution: Sanatorium Kilchberg
PLZ/Ortschaft: 8802 Kilchberg ZH



Ihre Weiterbildungsstätte: N=15 von 23 (65%)

Benchmark: N=468 von 837 (56%)

Benchmarkgruppe: Psychiatrie und Psychotherapie
(11 und mehr Assistenzärztinnen oder -Ärzte)

Je höher der Wert, desto besser wurde in der Dimension abgeschnitten.
Bei fehlenden Werten wird der Wert 0.0 (= Missing Value) angezeigt.
Für die Berechnung der Mittelwerte wurden diese Werte 0.0 (= Missing Value) nicht miteinbezogen.

[zurück](#)

Umfrage Weiterbildung: Beurteilung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte 2010

Gesamtübersicht für Frau Dr. med. Christine Poppe

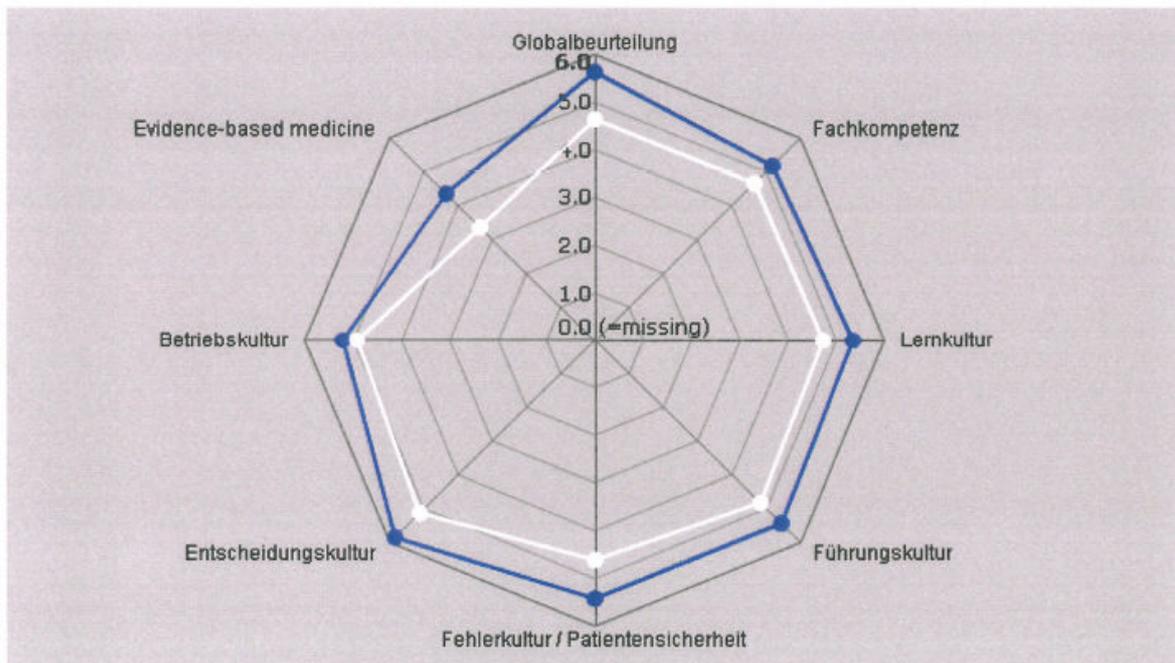
[zurück](#)

WBS Nr.: 401334
Bericht Nr.: 837

Abteilung: Psychiatrische Privatklinik
Departement:

Fachtitel: Psychiatrie und Psychotherapie
Kategorie: Kategorie A (3 Jahre) ambulant

Institution: Sanatorium Kilchberg
PLZ/Ortschaft: 8802 Kilchberg ZH



Ihre Weiterbildungsstätte: N=10 von 11 (91%)

Benchmark: N=468 von 837 (56%)
Benchmarkgruppe: Psychiatrie und Psychotherapie
(11 und mehr Assistenzärztinnen oder -Ärzte)

Je höher der Wert, desto besser wurde in der Dimension abgeschnitten.
Bei fehlenden Werten wird der Wert 0.0 (= Missing Value) angezeigt.
Für die Berechnung der Mittelwerte wurden diese Werte 0.0 (= Missing Value) nicht miteinbezogen.

[zurück](#)