



# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau Dr. oec.  
Simone Weiss  
Leitung Finanzen & Unternehmensentwicklung  
044 716 41 11  
[simone.weiss@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:simone.weiss@sanatorium-kilchberg.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	8
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>9</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Wir erheben die Patientenzufriedenheit laufend mit einem internen Fragebogen.	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	9
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	18
4.5 Registerübersicht .....	18
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	19
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>20</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	21
5.2 Eigene Befragung .....	22
5.2.1 Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg .....	22
5.3 Beschwerdemanagement .....	23
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Wir führen keine systematischen Messungen zu Wiedereintritten durch. Die Anzahl an Wiedereintritten wird mit der Einführung von Tarpsy regelmässig evaluiert.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> Stürze werden nicht systematisch erhoben. Auf der gerontopsychiatrischen Abteilung werden sie aber innerhalb des Teams besprochen und evaluiert.	
<b>13 Wundliegen</b> Es werden keine systematischen Messungen durchgeführt. Auf der gerontopsychiatrischen Abteilung wird das Wundliegen dokumentiert und besprochen.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>24</b>
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	24
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>25</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	25
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	

<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>27</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	27
17.1.1	Aggressionsereignisse .....	27
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>28</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	28
18.1.1	Suizidprävention.....	28
18.1.2	Optimierung Klinikinformationssystem .....	29
18.1.3	Neuausrichtung betriebliches Vorschlagswesen.....	29
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	30
18.2.1	Förderung der Entstehung psychiatrischer Patientenverfügung bei SMI-Patienten .....	30
18.2.2	Implementierung Cockpit zu Qualitätsdaten .....	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	31
18.3.1	Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr.....	31
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>32</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>33</b>
Psychiatrie .....		33
<b>Herausgeber</b> .....		<b>34</b>

## 1 Einleitung

Das Sanatorium Kilchberg ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und zugleich eine der ältesten Schweizer Privatkliniken. Die attraktive Gemeinde Kilchberg am linken Ufer des Zürichsees genießt seit jeher grosse Beliebtheit. Neben der guten Anbindung – Zürich City ist mit Bus, Bahn oder Auto in nur fünfzehn Minuten bequem erreichbar – locken die anmutige landschaftliche Umgebung und das beeindruckende Panorama: Der Blick über den See mit Zürich an der Nordseite und den Glarner Alpen weit im Süden ist unvergesslich. Die bevorzugte Lage prägt auch das Sanatorium Kilchberg. Der Park, der zu Beginn der 1930er Jahre nach Entwürfen des berühmten Landschaftsarchitekten Gustav Ammann gestaltet wurde, öffnet sich ganz bewusst zum See. Nicht zuletzt wegen der bis heute erhaltenen Gartenanlage galt und gilt das Sanatorium Kilchberg seinen Gästen als ein Refugium.

Als Listenspital erfüllen wir einen staatlichen Leistungsauftrag. Wir fühlen uns verpflichtet, in diesem Rahmen die bestmögliche psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. Unser gesamtes Angebot steht allen grundversicherten Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Wohnkanton zur Verfügung. Für zusatzversicherte Patienten bieten wir als Privatklinik mit einem Premiumangebot auf drei Privatstationen weitere innovative Behandlungsangebote und besondere Serviceleistungen an.

Unser Augenmerk ist ganz auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten gerichtet. Im Vordergrund unserer Bemühungen steht die fachkundige und kompetente, dabei stets auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Bei der Suche nach eigenständigen, innovativen Behandlungskonzepten schöpfen wir aus der reichen Geschichte unseres Hauses. Der Blick auf unsere über 150jährige Geschichte ermutigt uns, im Schulterschluss mit der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung nach ganzheitlichen Konzepten zu streben. Körper, Seele und Geist, Biographie und soziales Umfeld: es geht um den ganzen Menschen.

Wir engagieren uns für unsere Mitarbeitenden, fördern und unterstützen sie, ihre Ziele zu erreichen. Neben Fort- und Ausbildungsplätzen für Ärzte und Pflegefachpersonen bieten wir auch interessante Praktikumsplätze an.

### Zahlen und Fakten 2018

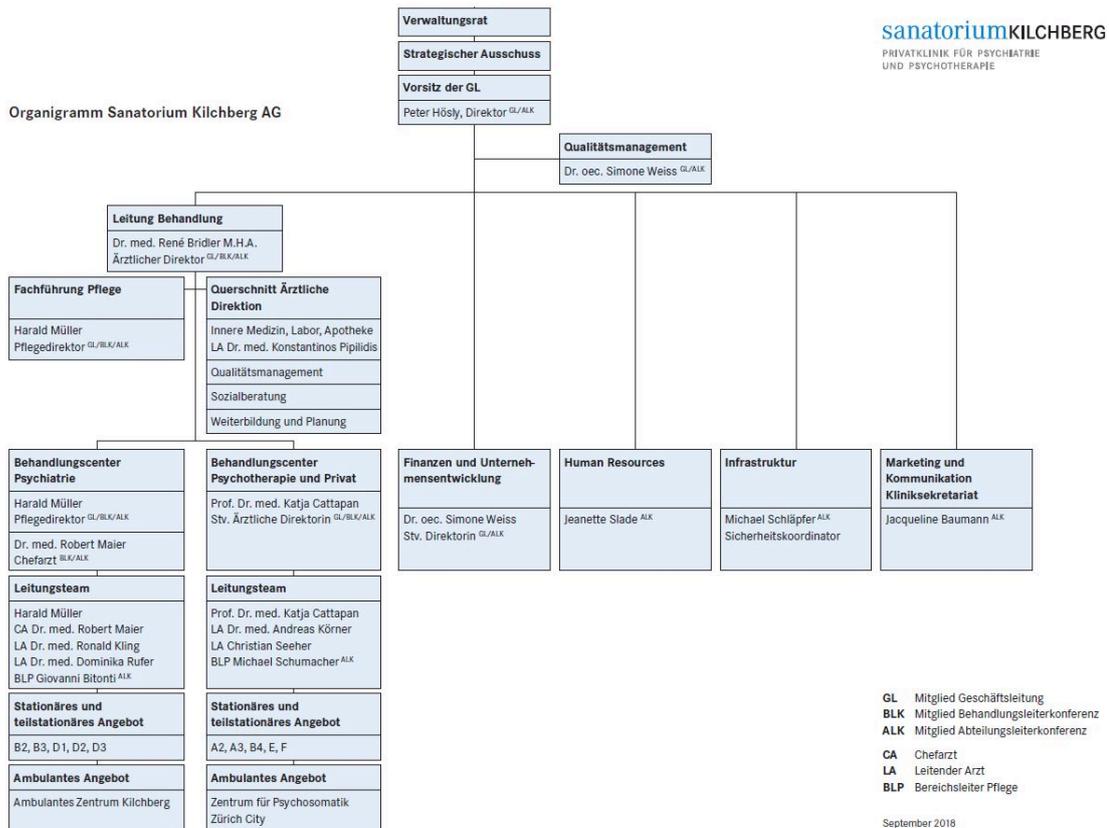
- 10 Psychiatrische Stationen mit 183 Betten mit integriertem tagesklinischen Angebot
- 2 Ambulatorien (Kilchberg und Zürich City)
- 525 Mitarbeitende

Weiterführende Informationen finden Sie unter [www.sanatorium-kilchberg.ch](http://www.sanatorium-kilchberg.ch).

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Der Bereich Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle direkt dem Direktor unterstellt. Die Leitung des Bereichs obliegt der Leitung Finanzen & Unternehmensentwicklung.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau, Dr. oec. Simone Weiss  
 Leitung Finanzen &  
 Unternehmensentwicklung  
 044 716 41 11  
[simone.weiss@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:simone.weiss@sanatorium-kilchberg.ch)

Frau Sabine Urban  
 Mitarbeiterin Qualitätsmanagement  
 044 716 42 02  
[sabine.urban@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:sabine.urban@sanatorium-kilchberg.ch)

Frau, Dr. Corina Höppner  
 Mitarbeiterin Qualitätsmanagement  
 044 716 42 02  
[corina.hoepfner@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:corina.hoepfner@sanatorium-kilchberg.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Patientinnen und Patienten stehen bei uns an erster Stelle. Wir nehmen in der regionalen Grundversorgung eine Drehscheibenfunktion wahr und sind ein verlässlicher Ansprechpartner für Zuweiser, Angehörige und weitere in den Behandlungsprozess involvierte Stellen. Als psychiatrische Privatklinik mit innovativen Schwerpunkten stellen wir eine qualitativ hochstehende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicher.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Neuausrichtung Betriebliches Vorschlagswesen (SanIdee)
- Definition Instrumente und Massnahmen zur Suizidprävention
- Etablierung Qualitätsmanagement in der Linie durch Qualitätsbeauftragte

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Das betriebliche Vorschlagswesen wurde neu organisiert und soll so die Mitarbeiterbeteiligung fördern
- Die Struktur des Klinikinformationssystem wurde mit der Integration der Pflegedokumentation vereinheitlicht und vereinfacht. Zusätzlich orientiert sich die Ordnerstruktur im KIS konsequent an der Prozesslandschaft und ist dadurch übersichtlicher.
- Die Umsetzung der Qualitätsmassnahmen und Qualitätsziele im klinischen Bereich wurde durch die Verankerung von Qualitätsbeauftragten in der Linie verbessert. Es konnten für die zwei Behandlungscenter geeignete Qualitätsbeauftragte rekrutiert werden. In einem regelmässigen Austausch werden übergeordnete Qualitätsziele und Qualitätsmassnahmen besprochen und so direkt in die Linie übernommen. Zusätzlich nehmen die Qualitätsbeauftragten behandlungscenterspezifische Qualitätsthemen auf.
- Die Psychiatrische Patientenverfügung (PPV) wird im Sanatorium Kilchberg aktiv gefördert.
- Das Reporting der Qualitätsdaten wurde in einem Qualitätscockpit im Qlikview standardisiert.

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Aufbau und Umsetzung Qualitätsstrategie
- Verbesserung interner Problemlösungsprozess CIRS
- Neuausrichtung Lernen am Fall und ERA
- Verbesserung Medikationssicherheit
- Implementierung Peer Reviews in der Psychiatrie
- Implementierung von jährlichen Prozessaudits zur Verbesserung der Prozesssicherheit
- Implementierung Prozesse zur Suizidprävention in enger Anlehnung an die Empfehlungen der Arbeitsgruppe zur Suizidprävention des Kantons Zürich.
- Konsequente Weiterverfolgung EFQM-Ansatz und erreichen nächste Stufe - Von "Committed to Excellence" zu "Recognised for Excellence"
- Klinikweite Einführung Tablet basierte Erfassung von patientenbezogenen Fragebogen durch den Patienten (ANQ-Daten, Psychometrische Fragebogen)

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</li> <li>– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen</li> <li>– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie</li> </ul> </li> </ul>

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg</li> </ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aggressionsereignisse</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Reduktion von Zwang und Gewalt

<b>Ziel</b>	Prävention von psychiatrischen Notfallsituationen und Reduktion von psychiatrischen Zwangsmassnahmen (ZM)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtklinik, insbesondere Akutstationen und Gerontopsychiatrie
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	ZM gelten für alle Beteiligte als eine grosse Belastung und erschweren die Etablierung des therapeutischen Bündnisses.
<b>Methodik</b>	Projektiertes Vorgehen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Diverse Kennzahlen (inkl. Prä-Post-Vergleich): Art, Häufigkeit und Dauer von Aggressionsereignissen und Zwangsmassnahmen; Häufigkeit von Entweichungen und Entlassungen gegen ärztlichen Rat; Aufenthaltsdauer; Patientenzufriedenheit
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

##### Optimierung des klinikeigenen Informationssystems (KIS)

<b>Ziel</b>	Konsequente Ausrichtung KIS am Behandlungspfad, Vereinfachung der Struktur
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtklinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Januar 2018 - Januar 2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erreichung einer Komplexität des KIS, die den Betrieb und die Benutzung des Systems erschwert und bei den Benutzern zu einer gewissen Unzufriedenheit führt
<b>Methodik</b>	Projektiertes Vorgehen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Pflege, Fachtherapeuten, Arztsekretariat, Verwaltung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Anpassung Ordnerstruktur an Prozesslandschaft; Verschlinkung der Struktur; Integration Pflegedokumentation und Erfassung in Klinikinformationssystem und dadurch Reduktion von Schnittstellen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

## Förderung der Entstehung von PPV bei SMI-Patienten (SMI: severe mental illness)

<b>Ziel</b>	Durch gezieltere Massnahmen zur Förderung neuer PPV sollen die Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzung bei SMI-Patienten, Angehörigen und Fachleuten erhöht werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	November 2018 - August 2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das SK strebt eine verstärkte Recovery-Orientierung (RO) und eine Reduktion von Zwangsmassnahmen (ZM) an (ehemaliges bzw. aktuelles Jahresziel). PPV erhöhen die RO und können ZM reduzieren. Die Förderung von PPV kommt direkt den betroffenen Patienten zugute, fördert die RO bei den therapeutischen Teams.
<b>Methodik</b>	Projektiertes Vorgehen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der Erfolg misst sich direkt an der Nutzung und Bewertung der neuen Beratungsangebote und indirekt an der Zunahme von PPV. Gemessen wird wie folgt: - Stichtagserhebungen 2x p.a. zur Erfassung der im e-Patientendossier hinterlegten PPV - Inanspruchnahme der einmaligen strukturierten Unterstützungssitzungen (6x p.a.) - Inanspruchnahme der offenen wöchentlichen Sprechstunde
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.sanatorium-kilchberg.ch/patientenverfuegung.html">http://www.sanatorium-kilchberg.ch/patientenverfuegung.html</a>

## Recovery-Schulungen

<b>Ziel</b>	Sensibilisierung aller Mitarbeitenden hinsichtlich Recovery-Orientierung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Recovery ist eine zeitgemässe Form guter psychiatrischer Dienstleistungen, die einen Paradigmenwechsel darstellt und daher Schulungen von Fachpersonen notwendig macht.
<b>Methodik</b>	2x jährlich modulare Kurse à 6 Tagen unter Beteiligung von Betroffenen als Dozenten und Teilnehmenden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Systematische Auswertung der Kurse mittels Fragebogen. Zusätzlich schriftliche Reflektion am Ende des Kurses durch die Teilnehmenden.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.sanatorium-kilchberg.ch/recovery.html">http://www.sanatorium-kilchberg.ch/recovery.html</a> ; Anhang 3

## OpenOLAT Lernplattform

<b>Ziel</b>	Bereitstellung von Lerninhalten auf einem E-Learning-Tool
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Blended learning
<b>Methodik</b>	Erarbeitung einzelner Lernmodule (Videomaterial; Tests; Begleitdokumente) durch die OpenOLAT-Verantwortliche unter Mitwirkung interner Experten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Diverse (je nach Inhalt des Moduls)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bewertung pro Modul im Tool selbst
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

## Aggressionsmanagement und verbale Deeskalation

<b>Ziel</b>	Systematische Schulung aller Mitarbeitenden bzgl. Umgang mit Aggressionsereignissen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Zentrales Arbeitsinstrument zur Gewaltprävention
<b>Methodik</b>	Pro Mitarbeitendem 1x 4-tägiger Kurs mit externem Dozenten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Kursevaluation mittels Fragebogen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

## Systematische Suizidrisikoeinschätzung und Massnahmenpläne

<b>Ziel</b>	Standardisierte Einschätzung der Suizidalität bei Eintritt mit Verlaufskontrollen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Zentrales Arbeitsinstrument zur Suizidprävention
<b>Methodik</b>	Erfassung der Basissuizidalität bei Eintritt mittels NGASR; Erfassung der akuten Suizidalität mittels interdisziplinärer Einschätzung, Dokumentation und Ableitung von Massnahmen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfassung und Analyse von Suizidversuchen und Suiziden
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

## Systematische Gewaltrisikoeinschätzung

<b>Ziel</b>	Einschätzung des Gewaltrisikos nach Broeset
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Stationen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Reduktion von Gewalt auf Station; stark präventiver Charakter aufgrund frühzeitigen Ergreifens adäquater Massnahmen
<b>Methodik</b>	Standardisierter Fragebogen bei Eintritt und ggf. im Verlauf
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

## Eintritts-, Verlaufs- Outcomemessungen

<b>Ziel</b>	Diagnostik; Intervention; KVP; Benchmarking
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das Sichtbarmachen individueller Belastungen und deren Veränderung im Verlauf einer Behandlung
<b>Methodik</b>	Abgabe standardisierter psychometrischer Fragebögen zur Erfassung von Symptomen, Ressourcen und zentralen Schemata des Patienten bei Eintritt, während der Behandlung und bei Austritt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Im Gespräch mit dem Patienten individuelle Evaluation von Veränderungen im Verlauf
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

## Fallbezogene Supervision, Team-Supervision, Peer-Supervision, Lernen am Fall

<b>Ziel</b>	Optimierung der patientenbezogenen Arbeit und der Arbeit im Team
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die Begleitung komplexer Patientensituationen durch externe Experten ist wichtig in der Ausbildung junger Fachkräfte und steigert die Behandlungsqualität.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Systematische Erfassung der intern durchgeführten Sitzungen zum Lernen am Fall und halbjährliche Auswertung.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interner Prozess und Begleitdokumente

## Notfallmanagement

<b>Ziel</b>	Sicherstellung von Notfallmassnahmen im Basic Life Support; Dienstbefähigung Assitenzärzte
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Schulung via Lernplattform OpenOLAT inkl. Abschlusstest
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interner Prozess und Begleitdokumente

## HoNOS-Schulungen

<b>Ziel</b>	Steigerung der Behandlungskompetenz
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ärztlicher Bereich
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die Fremdeinschätzung der Symptombelastung bei Ein- und Austritt ist durch den ANQ vorgeschrieben. Die Fallführer werden in ihrer Erfassungs- und Einschätzungskompetenz geschult.
<b>Methodik</b>	Obligatorische 90-minütige Schulungen alle 3 Monate für alle Ärzte und Psychologen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Monatliches Reporting der Datenqualität; jährliche ANQ-Berichte
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interner Prozess inkl. Begleitdokumenten; OpenOLAT Modul

## Ethikforum

<b>Ziel</b>	Einzelfallberatung, Weiterbildung und Herausgabe ethischer Leitlinien
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ein ethisch begründbares Vorgehen ist im psychiatrischen Setting unabdingbar.
<b>Methodik</b>	Auf Anfrage führt der Ethikbeauftragte der Klinik Ethikkonsile mit dem gesamten Behandlungsteam teils unter Beteiligung der Betroffenen u/o Angehörigen durch. Im Rahmen der Assistenzarzt-Weiterbildung werden regelmässig Vorträge zum Thema Ethik angeboten.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ethikkonsil: Evaluation der besprochenen Massnahmen bzgl. Umsetzung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Dokumente

## Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Standardisierte Erfassung und Bearbeitung der Rückmeldungen von Patientinnen/Patienten, Angehörigen, Zuweisenden und Besuchenden
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Respekt gegenüber den Anliegen von Patientinnen/Patienten, Beseitigung von Ursachen für Mängel und Fehler, Verbesserung der Behandlungs- und Servicequalität
<b>Methodik</b>	Standardisierte Erfassung jeder Rückmeldung, Bearbeitung durch die verantwortlichen Personen sowie Rückmeldung über eingeleitete Massnahmen an den Beschwerdeführer
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Auswertung der eingegangenen Rückmeldungen wird tertialsweise im internen Qualitätsbericht dargestellt. Dieser wird der Geschäftsleitung und den Bereichsleitungen zur Verfügung gestellt.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.sanatorium-kilchberg.ch/anregung_und_kritik.html">http://www.sanatorium-kilchberg.ch/anregung_und_kritik.html</a>

## Ideenmanagement SanIDEE

<b>Ziel</b>	Förderung von Innovation durch ein strukturiertes betriebliches Vorschlagswesen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Alle Mitarbeitenden sollen die Möglichkeit erhalten, sich aktiv am Klinikgeschehen zu beteiligen. Hierdurch wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess gefördert.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Eingangsbestätigung, Diskussion und Einschätzung eingegangener Vorschläge alle 6 Wochen an der SanIDEE-Jurysitzung. Wird die Idee angenommen, erhält der Ideengeber eine Prämierung.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interner Prozess und Begleitdokumente

## Suizidprävention

<b>Ziel</b>	Verbesserungsmöglichkeiten in der Suizidprävention und der Nachsorge Dritter sind identifiziert, die entsprechenden Standards werden klinikweit eingehalten.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtklinik
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	März 2017 - April 2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Seit 2015 erfolgt hausintern ein Monitoring der versuchten schweren und der vollzogenen Suizide im SK. Wir haben festgestellt, dass „erfolgreiche“ Suizide und schwere Suizidversuche häufig bei Patienten mit kurz zuvor erfolgtem Suizidversuch und/oder rund um den Austritt passieren.
<b>Methodik</b>	Projektiertes Vorgehen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Befragung, Evaluation
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne Prozesse und Dokumente

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

#### 4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
Med. Stat. Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2013

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
EFQM	Sämtliche Bereiche	2015	2019	Self-Assessment im Juli 2015; Externes Assessment im Juni 2016 Rezertifizierung 2019

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse 2018 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg

Die Patientenzufriedenheit wird mit dem Patientenzufriedenheitsbogen (PatZu-Bogen) erfasst. Dieses Messsystem stellt eine verkürzte Form des von H+ anerkannten Zürcher Fragebogens (ZüPaZ) dar. Der Fragebogen berücksichtigt optimal die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen psychiatrischer Patientinnen und Patienten und ist klar strukturiert.

Dargestellt ist der Prozentsatz der Patienten, die angaben, zufrieden oder sehr zufrieden mit der Behandlungsqualität zu sein.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

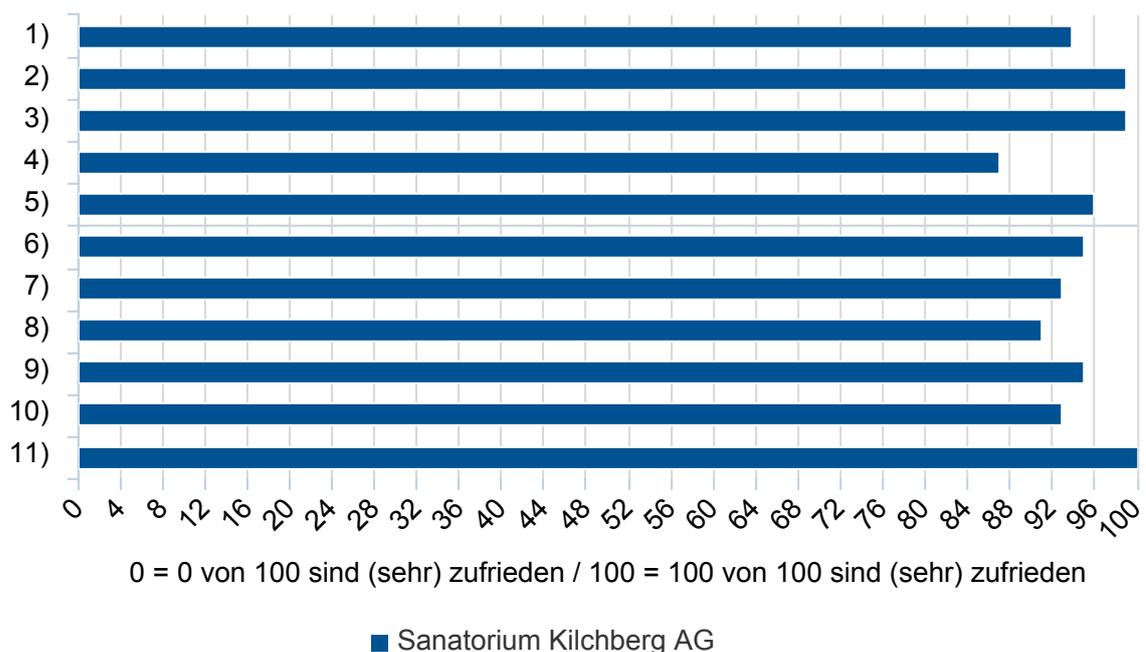
Die Befragung fand in der gesamten Klinik statt.

Alle stationären Patienten, die im Berichtsjahr 2018 ausgetreten sind, flossen in die Erhebung ein. Die Rücklaufquote wird berechnet aus der Anzahl vollständig retournierter und valider Bögen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Bereiche

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Station A2, Burnoutstation Seeblick
- 3) Station A3, Psychotherapiestation / Schwerpunkt Zwangsstörungen
- 4) Station B2, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt Affektive Störungen
- 5) Station B3, Gerontopsychiatrie-Station
- 6) Station D1, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt: Suchterkrankungen
- 7) Station D2, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt: Krisenintervention
- 8) Station D3, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt: Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- 9) Station E, Privatstation / Schwerpunkt: Depression
- 10) Station F, Privatstation / Schwerpunkt: Achtsamkeit bei unterschiedlichsten Störungsbildern
- 11) Belvedere, Privatstation / Schwerpunkt: Burnout-Symptomatik



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Bereiche				
	1)	2)	3)	4)	5)
Sanatorium Kilchberg AG	94.00	99.00	99.00	87.00	96.00

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Bereiche				
	6)	7)	8)	9)	10)
Sanatorium Kilchberg AG	95.00	93.00	91.00	95.00	93.00

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Bereiche	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	11)		
Sanatorium Kilchberg AG	100.00	1031	40.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	PatZu-Bogen

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Sanatorium Kilchberg AG**

Beschwerdemanagement

Corina Höppner

Mitarbeiterin Qualitätsmanagement

+41 44 716 4202

[qualitaetsmanagement@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:qualitaetsmanagement@sanatorium-kilchberg.ch)

ganztägig Di und Do, Fr (VM)

Die Ombudsstelle wird über den Bereich HR koordiniert und erfolgt in Zusammenarbeit mit MOVIS.

## Behandlungsqualität

### 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

#### 14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

##### Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2015	2016	2017
<b>Sanatorium Kilchberg AG</b>			
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	5.70	5.30	4.20
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2017			

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch/psychiatrie](http://www.anq.ch/psychiatrie)

#### Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2014	2015	2016	2017
<b>Sanatorium Kilchberg AG</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.88	5.67	6.02	7.44
Standardabweichung (+/-)	7.58	6.05	6.86	0.14
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-1.88	-0.59

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2014	2015	2016	2017
<b>Sanatorium Kilchberg AG</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	32.46	32.58	33.61	27.28
Standardabweichung (+/-)	35.73	33.71	34.47	1.23
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-4.44	-6.22

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

\* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Aggressionsereignisse

Die Aggressionsereignisse (AE) werden im Sanatorium Kilchberg im INES von dem am AE beteiligten Mitarbeitenden erfasst. Die Basis der Erfassung ist die Staff Observation of Aggression Scale (SOAS-R), mit welcher die einzelnen Ereignisse erfasst und entsprechend hinterlegter Gewichtung in unterschiedliche Schweregrade unterteilt werden. Dadurch können AE unterteilt werden in „leichtgradig“ (Schweregrade 1 bis 8) und „schwergradig“ (Schweregrade 9 bis 22). Bei der Erfassung eines AE ist die hinterlegte Gewichtung nicht ersichtlich, dies um ein möglichst objektives Reporting des Ereignisses sicherzustellen. Die SOAS-R erfasst ausserdem Auslöser, benutzte Mittel, Ziele der Aggression, Konsequenzen und getroffene Massnahmen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Das untersuchte Kollektiv umfasste alle stationären Patienten.  
Das untersuchte Kollektiv umfasste alle stationären Patienten.

Im Berichtsjahr 2018 wurden 438 Aggressionsereignisse erfasst, davon waren 310 schwerwiegende Ereignisse.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	intern
Methode / Instrument	Staff Observation of Aggression Scale Revised

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Suizidprävention

**Projektart:**

Laut Studienlage ist das Suizidrisiko während eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik um ein 50-faches, kurz nach Austritt vorübergehend gar um ein 200-faches erhöht. Jeder Suizid stellt für die Hinterbliebenen, aber auch für Mitpatienten und die betroffenen Mitarbeitenden eine enorme Belastung dar.

**Projektziel:**

Verbesserungsmöglichkeiten in der Suizidprävention und der Nachsorge Dritter sind identifiziert, die entsprechenden Standards werden klinikweit eingehalten.

**Projekttablauf / Methodik:**

Bearbeitung des Projektziels im Rahmen einer interdisziplinären Projektgruppe, in der klinikinterne Meinungsbildner sowie Mitarbeitende beider Behandlungszentren vertreten sind. Vertreter aus OÄ / SL werden als Sounding Board genutzt. Ausserdem werden wenn möglich Hinterbliebene nach Suizid und Überlebende eines SV einbezogen. Neuerungen werden, wo möglich und nötig, in einem Pilot getestet und ggf. angepasst, bevor sie in der Gesamtklinik zum Einsatz kommen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte, Psychologen, Pflege, Administration.

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Das Projekt wird stufenweise umgesetzt.

### 18.1.2 Optimierung Klinikinformationssystem

**Projektart:**

Die Evaluation des Klinikinformationssystems hat ergeben, dass die Struktur des KIS willkürlich gewachsen und dadurch unübersichtlich ist. Der Ines Tree soll sich an der Prozesslandschaft orientieren und so die Anwendbarkeit erleichtern. Die Dokumentation / Leistungserfassung der Pflege erfolgte in einem separaten System, wodurch sich die Komplexität / Übersichtlichkeit zusätzlich erhöhte. Diese Module sollen innerhalb des KIS verankert werden.

**Projektziel:**

Ausrichtung des KIS-Systems auf den Patientenprozess und Integration Pflegedokumentation und Leistungserfassung.

**Projekttablauf / Methodik:**

Veranstaltung zweier interdisziplinärer Workshops unter Beteiligung des BLK-Gremiums zur Prozessklärung; anschliessend Neugestaltung des Ines Trees entlang der Prozessdefinition innerhalb interdisziplinärer Prozessgruppe. Evaluation der erforderlichen Module und Inhalte für die Pflegedokumentation mittels Arbeitsgruppen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte, Psychologen, Pflege, Administration.

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Der Ines Tree ist verschlankt und an die interne Prozesslandschaft angeglichen. Zusätzlich wurden die Pflegemodule (Dokumentation und Leistungserfassung) innerhalb des KIS integriert und dadurch Schnittstellen reduziert. Die Übersichtlichkeit hat sich dadurch erhöht.

### 18.1.3 Neuausrichtung betriebliches Vorschlagswesen

**Projektart:**

SanIDEE ist das betriebliche Vorschlagswesen des Sanatoriums Kilchberg und existiert in seiner aktuellen Form seit 2011. Mit der SanIDEE wird allen Mitarbeitenden die Möglichkeit gegeben, sich aktiv am Klinikgeschehen zu beteiligen. Damit wird einerseits das Ziel verfolgt, die Mitarbeitenden einzubeziehen und die Identifikation mit dem Unternehmen zu fördern. Andererseits können Ideen von Mitarbeitenden einen klassischen Nutzen für das Unternehmen haben, z.B. in Form von Produktivitätssteigerungen, Kostensenkungen, Qualitätsverbesserungen oder Verbesserungen der Arbeitssicherheit.

**Projektziel:**

Die Evaluation der SanIdee zeigt, dass über die Zeit weniger Ideen eingegangen sind und auch weniger Ideen umgesetzt wurden. Diesem Trend soll mit einem angepassten Konzept entgegengewirkt werden.

**Projekttablauf / Methodik:**

Workshop innerhalb des Qualitätsmanagement und anschliessende Validierung in der SanIDEE Jury. Freigabe durch die Geschäftsleitung.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte, Pflege, Verwaltung, Qualitätsmanagement.

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Mit dem neuen Konzept konnte die Beteiligung und die Motivation der Mitarbeitenden gesteigert werden. Auch "kleine" Verbesserungsvorschläge finden den Weg in die Linie und werden umgesetzt. Die Verbindlichkeit der Umsetzung wird durch die umgehende Integration in die Linie erhöht.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Förderung der Entstehung psychiatrischer Patientenverfügung bei SMI-Patienten

**Ausgangslage:**

PPV haben vielseitige positive Effekte: u.a. können sie den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen, das Erleben von Selbstwirksamkeit aufseiten der Patienten (sog. Empowerment) fördern und Zwangsmassnahmen (ZM) reduzieren. Die Förderung von PPV ist ein anerkanntes Merkmal von Institutionen mit einer Recovery-Orientierung (RO).

Das SK strebt eine verstärkte RO und eine Reduktion von ZM an. Die Förderung von PPV kommt direkt den betroffenen Patienten zugute, fördert die RO bei den therapeutischen Teams sowie ein positives Image des SK.

Derzeit haben nur wenige SMI-Patienten (SMI = severe mental illness), die sich im SK behandeln lassen, eine PPV. SMI-Patienten sind im Wesentlichen Patienten mit einer der folgenden Diagnosen: F2, F3 (bipolar), F6. Darüber hinaus lässt sich die Gruppe weiter einengen auf diejenigen Patienten, welche im Rahmen der Erkrankung per FU zugewiesen werden und zusätzlich in der Klinik ZM erfahren.

**Projektziele:**

Durch gezieltere Massnahmen zur Förderung neuer PPV sollen die Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzung bei SMI-Patienten, Angehörigen und Fachleuten erhöht werden.

**Projekttablauf / Methodik:**

Innerhalb einer interdisziplinären Projektgruppe wurden die nachstehend aufgeführten Massnahmen erarbeitet. Diese werden in einem nächsten Schritt im 2017 an Patienten und Zuweiser kommuniziert und umgesetzt:

- Einmalige strukturierte Unterstützungssitzung (Gruppe) für SMI-Patienten, Angehörige, ambulante Psychiater und weitere Interessierte, 6x p.a. zu je 3 h
- Sensibilisierung durch regelmässige Informationen zu PPV auf den Stationen, bspw. in thematischen Gruppen, offenen Gruppen oder Visiten
- Information zu PPV in ambulanten und/oder stationsübergreifenden thematischen Gruppen, bspw. bipolare Störungen, Psychose oder Skillstraining
- Offene Sprechstunde (1h Wo) für Fragen zu PPV, offen für dialog- und urteilsfähige Interessierte

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärztlicher Direktor, Chefarzt BC Allgemeinpsychiatrie, Ethikbeauftragter, Leitung QM

**Projektelevaluation:**

Die positive Wirkung einer einmaligen strukturierten Unterstützungssitzung ist in der wissenschaftlichen Literatur gut belegt. Die Öffnung der Angebote in Richtung Angehörige und Fachleute trägt dem Umstand Rechnung, dass diesen beiden Gruppen ein erheblicher Einfluss hinsichtlich der Errichtung von PPV zukommt. Die regelmässigen Informationen zu PPV innerhalb der Klinik verfolgen das Ziel, sowohl die Mitarbeitenden als auch die Patienten und ihre Angehörigen für das wichtige Instrument zu sensibilisieren. Der Erfolg misst sich direkt an der Nutzung und Bewertung der neuen Beratungsangebote und indirekt an der Zunahme von PPV.

Gemessen wird wie folgt:

- Stichtagserhebungen 2x p.a. zur Erfassung der im e-Patientendossier hinterlegten PPV
- Inanspruchnahme der einmaligen strukturierten Unterstützungssitzungen (6x p.a.)
- Inanspruchnahme der offenen wöchentlichen Sprechstunde (1 h)

**Weiterführende Unterlagen:**

<http://www.sanatorium-kilchberg.ch/patientenverfuegung.html>

## 18.2.2 Implementierung Cockpit zu Qualitätsdaten

**Projektart:**

Den Qualitätsdaten kommt eine wichtige Bedeutung zur Entscheidungsfindung und Steuerung zu. Die Daten müssen den Entscheidungsträgern regelmässig und stufengerecht zur Verfügung stehen, damit sie auf allfällige negative Veränderung rasch reagieren und ergriffene Massnahmen monitorisieren können.

**Projektziel:**

Die für die Klinik relevanten Qualitätsdaten sollen regelmässig und stufengerecht zur Verfügung stehen und so die Zielerreichung verbessern.

**Projekttablauf / Methodik:**

Evaluation der verschiedenen Kennzahlen. Durchführung von Interviews mit den unterschiedlichen Entscheidungsträgern zur Ermittlung der benötigten Kennzahlen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte, Psychologen, Pflege, Administration.

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Die Qualitätsdaten werden regelmässig versendet, weiterentwickelt und von den Verantwortlichen für die Steuerung verwendet.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

Im aktuellen Jahr wurden keine Zertifizierungsprojekte durchgeführt.

## **19 Schlusswort und Ausblick**

Unsere mehr als 150jährige Geschichte lehrt uns an zentralen Werten wie der Gastlichkeit und der konsequenten Innovation festzuhalten und so die Weiterentwicklung sicherzustellen. Unsere Bestrebungen werden wir auch in den nächsten Jahren konsequent weiterverfolgen, um so unseren Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Behandlung zu bieten.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

#### Bemerkungen

Das Angebot zu stressbedingten Erkrankungen wird ergänzt durch ein Angebot zu stressbedingten Schmerzstörungen und Schlafstörungen.

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).