

sanatoriumKILCHBERG

PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE



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



Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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.

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	5
D	Qualitätsmessungen	6
	D1 Zufriedenheitsmessungen	6
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	6
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	7
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	7
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	9
	D2 ANQ-Indikatoren.....	10
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	11
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	11
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	11
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	12
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	12
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	13
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	13
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	14
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	14
	D3-6 Weitere Messthemen.....	15
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	17
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	18
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	18
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	18
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	20
F	Schlusswort und Ausblick	22
G	Anhänge.....	22

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.

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
- 166 Betten
- 1 Tagesklinik mit 30 Plätzen
- 2 Ambulatorien (Kilchberg und Spital Zimmerberg, Horgen)
- 380 Mitarbeitende

Anhang

- 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 2011

1. Umsetzung des Prozessmanagements in der Praxis
2. Aufbau eines Klinikinformationssystems (KIS)
3. Profitcenterbildung

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

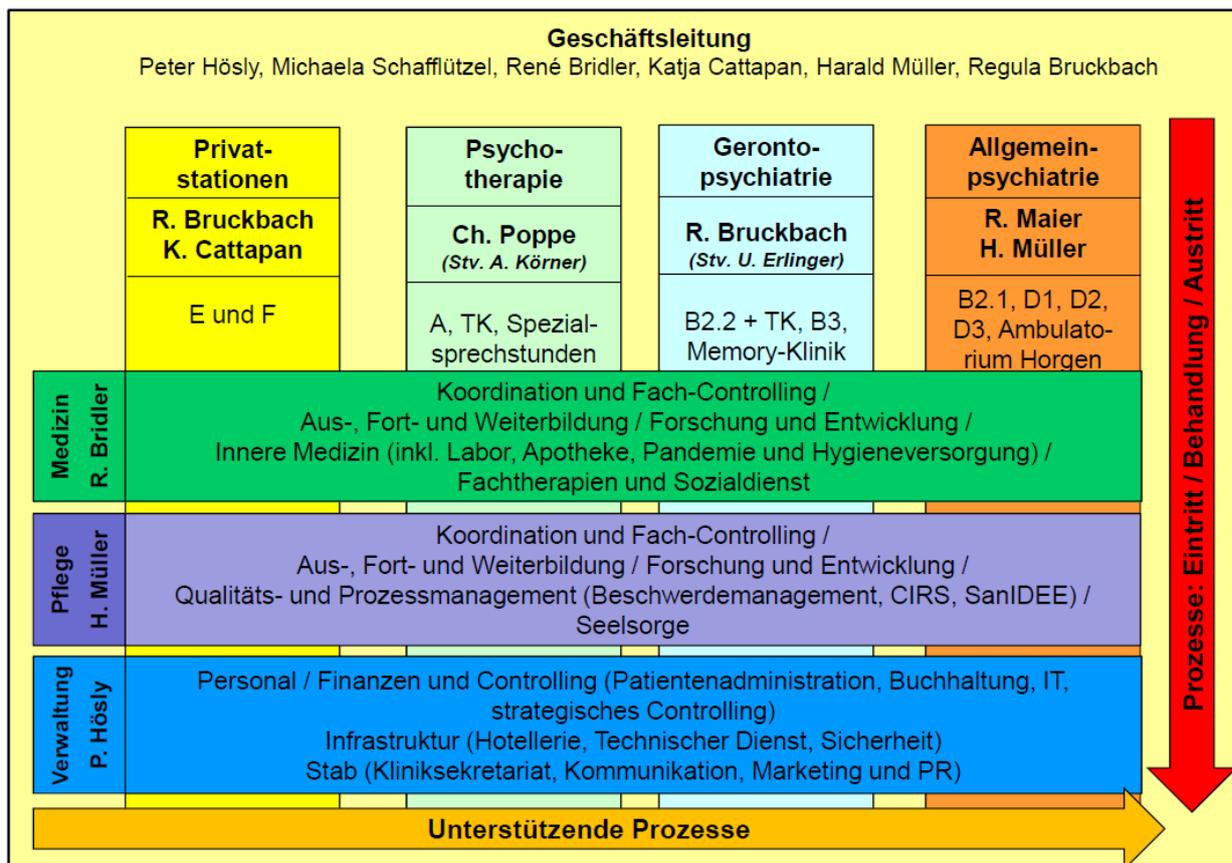
- 1. Prozessmanagement: Implementierung und Evaluation der Kernprozesse**
 - Alle Kernprozesse sind eingeführt
 - Audits werden regelmässig durchgeführt
 - Verbesserungsmassnahmen wurden umgesetzt
 - Die Prozesslandschaft wird kontinuierlich optimiert
- 2. Aufbau einer sicheren und vernetzten Informatik (KIS)**
 - Die Softwarelösung ist implementiert
 - Alle Mitarbeitenden sind informiert und geschult
 - Die Probephase wurde erfolgreich abgeschlossen
- 3. Optimierung der Organisationsstruktur / Optimierung der Führungsstruktur**
 - Profitcenter wurden gebildet
 - Ein Grundgerüst für die finanzielle Führung ist erarbeitet

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- **Ausbau des Klinikinformationssystems (KIS)**
 - Konzeptionelle Erarbeitung, Testung, Schulung und Implementierung zusätzlicher Module
 - Überführung aller psychometrischen Messinstrumente ins KIS
- **Weiterentwicklung des Prozessmanagements**
 - Entwicklung und Einführung aller Supportprozesse
 - Evaluation einzelner Prozesse mit Hilfe von Qualitätsindikatoren
 - Optimierung der Prozesslandschaft
- **Festigung der Recovery-Orientierung**
 - Ausbau der Recovery-Angebote
 - Umsetzung von Recovery auf allen Stationen
- **Einführung und Umsetzung der stationsspezifischen Behandlungsschwerpunkte**
 - Initiierung von Projekten zu Schwerpunkthinhalten
- **Ausbau der Gerontopsychiatrie**
- **Etablierung neuer klinikinterner Einrichtungen**
 - Ethikforum
 - Forschungsabteilung
- **Optimierung der Infrastruktur**

- Inbetriebnahme der neuen Telefonie
- Standardisierte Gebäude- und Raumnutzung
- **Optimierung des Verpflegungskonzeptes**
 - Vereinheitlichung des Angebots für Privat- und Allgemeinpatienten
 - Ggf. bauliche Massnahmen
- **Ausbau der Kommunikation**
 - Erarbeitung eines Marketingkonzeptes
 - Optimierung der internen Kommunikation

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	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:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	100 Stellenprozent zur Verfügung.

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

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

Angeborene 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
Angeborene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
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 Schössli, 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.

Angeborene 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)
Psychotherapie	Alle Standorte	Psychiatrische Universitätsklinik (PUK)

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	1110	---	---	---
Tagesklinik	140	25	276	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pfl egetage
stationär	164	1704	32,8	55877



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 das 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. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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	95.6 %	96 von 100 Patienten fühlten sich bei Ankunft sehr gut oder gut betreut.
Aufenthalt: Qualität der Behandlung	91.4 %	91 von 100 Patienten fanden die Behandlung ausgezeichnet oder gut.
Austritt: Abstimmung auf Patientenbedürfnisse	88.5 %	Unsere Institution entsprach in 89 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).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZÜPAZ)	Name des Messinstitutes	SIGNA
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären und teilstationären Patienten		
	Ausschlusskriterien	Ambulante Patienten		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		710		
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 .
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: Di, Mi, Do
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 nicht die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung: Die Angehörigenarbeit wird derzeit in Zusammenarbeit mit Angehörigenorganisationen überarbeitet (Prozess, Angebote, Unterlagen, Homepage) und erst dann evaluiert.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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.	Begründung:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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		
	Unzufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	35.1	Dargestellt werden Unzufriedenheitswerte: Der beste Wert beträgt 0 Indexpunkte, der schlechteste Wert 100 Indexpunkte. Differenzwerte 2011 und 2007
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Arbeitsinhalt	28.8	-2.9 Die Mitarbeitenden sind mit dem Arbeitsinhalt im Mittel zufriedener als 2007.
Lohn	44.4	-6.4 Die Mitarbeitenden sind mit dem Lohn im Mittel zufriedener als 2007.
Weitere Leistungen des Arbeitgebers	37.9	-5.8 Die Mitarbeitenden sind mit den weiteren Leistungen des Arbeitgebers im Mittel zufriedener als 2007.
Arbeitszeit	38.9	-2.0 Die Mitarbeitenden sind mit der Arbeitszeit im Mittel zufriedener als 2007.
Aus-, Fort- und Weiterbildung	39.1	-2.4 Die Mitarbeitenden sind mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Mittel zufriedener als 2007.
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	41.0	-0.4 Die Mitarbeitenden sind mit der interdisziplinären Zusammenarbeit tendenziell zufriedener als 2007.
Team	23.4	-3.1 Die Mitarbeitenden sind mit dem Team im Mittel zufriedener als 2007.
Führung	27.9	-4.5 Die Mitarbeitenden sind mit der Führung im Mittel zufriedener als 2007.
Arbeitsplatz	34.5	+2.2 Die Mitarbeitenden sind mit dem Arbeitsplatz im Mittel weniger zufrieden als 2007.
Unzufriedenheitsindex	35.1	-2.9 Der Unzufriedenheitsindex ist im Jahr 2011 um 2.9 Punkte tiefer als 2007. Die Mitarbeitenden sind im Mittel zufriedener als 2007. Eine höhere Zufriedenheit zeigt sich in allen Bereichen mit Ausnahme des Bereiches Arbeitsplatz, wobei diesbezüglich mit einer Verbesserung gerechnet werden kann durch die momentan laufende Einführung eines Klinikinformationssystems.
<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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstitutes
			mecon
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Der Fragebogen misst anhand von 57 Items und 9 Dimensionen die Mitarbeiterzufriedenheit.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		210		
Rücklauf in Prozenten		48.7%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Qualität Essen	Das Essens-Angebot wird überarbeitet.	Infrastruktur	laufend
Kinderbetreuung	Personalabteilung klärt das Krippenplatz-Angebot in Kilchberg und den Nachbargemeinden.	Personalwesen	01.12 bis 12.12
Ferien / Work-Life-Balance	Die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle und die Möglichkeit von zusätzlichen Ferientagen werden geprüft.	Personalwesen	01.12 bis 12.12
Zugang zu Weiterbildungen	Wird in den einzelnen Bereichen abgeklärt. Thema Weiterbildung soll als fixer Bestandteil in die Mitarbeiterbeurteilungen aufgenommen werden.	Alle Bereiche	01.12 bis 12.12
Interdisziplinäre Kommunikation	Gegenseitige Anerkennung der verschiedenen Berufsgruppen und Verbesserung der Kommunikation.	Alle Bereiche	Mit der Umstellung auf die Profitcenter-Organisation rechnet man mit einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit.
Arbeitsplatz	Optimierung der Arbeitsplatzumgebung.	Infrastruktur	Hier wird mit dem neuen KIS eine klare Verbesserung erwartet.
Sicherheit	Wird in den Bereichen überprüft und Massnahmen werden ergriffen.	Alle Bereiche	
Erreichbarkeit / ÖV / Parkplätze	Schaffung von mehr Parkplätzen.	Infrastruktur	Parkplatzproblematik kann frühestens mit der nächsten Umbauphase gelöst werden.

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.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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 / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	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 Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das 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.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle Zuweiser		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten	23.2	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern 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 Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.ang.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 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
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch 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 Spitalaustritts. 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 er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das 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®.

Begründung:

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.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen: 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®.

Begründung:

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

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30 Tagen** nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.

Begründung:

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

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten¹, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Die Stürze werden mit einer anderen Methode erfasst (vgl. Abschnitt D3-2).
-------------------------------------	--	--

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Es werden nur Risikofaktoren für Dekubitus bei Bettlägrigkeit erfasst (vgl. Abschnitt D3-3).
-------------------------------------	---	--

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

¹ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung: Die Patientenzufriedenheit wird mit Hilfe des Züpaz erfasst (vgl. Abschnitt D1-1).

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Sturzrisiko und tatsächliche Stürze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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:	Gerontopsychiatrische Station

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
			Die erhobenen Daten sind bislang nicht systematisch auswertbar. Im Rahmen des neuen Sturz-Moduls (KIS) wird sich dies ab 2012 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).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<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 Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Risikofaktoren Dekubitus bei Bettlägerigkeit

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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:	Gerontopsychiatrische Station

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		Die erhobenen Daten sind bislang nicht systematisch auswertbar. Im Rahmen des Ausbaus des neuen Klinikinformationssystems (KIS) wird sich dies ab 2012 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 Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<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:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende 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 2011 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
Ergebnisse 2011 (im Vgl. zu 2010) Massnahmen insgesamt: 751 (1315) Betroffene Patienten: 153 Fälle (170) Stationäre Austritte 2011: 1704 (1635) Durchschnittliche Anzahl Massnahmen pro betroffenen Patienten: 5 (Minimum: 1, Maximum: 172) (7 (Minimum: 1, Maximum: 244))	Ungefähr jeder elfte stationäre Patient war von einer freiheitseinschränkenden Massnahme betroffen. Im Vergleich zum Vorjahr (Zahlen in Klammern) konnten die durchgeführten Massnahmen um 43% reduziert werden. Ausserdem waren weniger Patienten von einer Massnahme betroffen als 2010.
<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).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<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 Auswertungsinanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Ambulante und teilstationäre Patienten	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	1704	Anteil in Prozent	100
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kernprozess „ Sichernde Massnahmen“	Vereinheitlichung der Abläufe im Rahmen von Zwangsmassnahmen	Ärzte, Pflege	02.11 bis 10.11
Kernprozess „ Rechtliche Grundlagen“	Vereinheitlichung der Abläufe im Rahmen von Zwangsmassnahmen	Ärzte, Pflege	02.11 bis 10.11
Überarbeitung bestehender Richtlinien	Optimierung der Abläufe im Rahmen von Zwangsmassnahmen	Ärzte, Pflege	02.11 bis 10.11

D3-6 Weitere Messthemen

Aggressionsereignisse

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 2011 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ergebnisse 2011 (im Vgl. zu 2010) Anzahl erfasste Aggressionsereignisse: 620 (1008)	Im Jahr 2011 wurden 388 Aggressionsereignisse weniger als im Vorjahr erfasst (minus 38.5%).

Massnahmen zur Beendigung der Aggression in % der Ereignisse (Mehrfachnennungen möglich): <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch mit Patient : 63.4% (52.8%) 	Im Vergleich zum Vorjahr wurden die Aggressionsergebnisse häufiger mit einem Gespräch mit dem Patienten beendet .
<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).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	„Staff Observation of Aggression Scale Revised“ (SOAS-R)
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Autoren: Palmstierna T, Wistedt B., 1987

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Ambulante und teilstationäre Patienten	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	1704	Anteil in Prozent	100
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Obligatorische Mitarbeiterschulung Aggressionsmanagement	Wissen zu Deeskalationstechniken bei allen MA; Senkung von Zwangsmassnahmen	Alle Bereiche	

Symptomverlauf

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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

Symptomatische Belastung: -12.54 Zwischenmenschliche Beziehungen: - 2.8 Soziale Integration: -3.09 Gesamtskala: -18.97	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Skalenwerte bei Austritt im Vergleich zum Eintritt. Negative 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).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	OQ-45
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Autoren: Lambert et al., 2001

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären und teilstationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	487	Anteil in Prozent	26%
Bemerkung	Die Messergebnisse beziehen sich nur auf vollständig erhobene Ein- und Austrittsmessungen. Nicht vollständig ausgefüllte oder fehlende Fragebögen wurden bei den Ergebnissen nicht berücksichtigt.		

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMSP (Arzneimittelsicherheitsprojekt)	A: AMSP e. V.	A (seit 2003) Dauererfassung	A
Reporting GD	B: Gesundheitsdirektion Zürich	A (seit 2008) Dauererfassung	A
Nationales Monitoring kRM (klinisches Risikomanagement)	B: ETH Zürich; HS Luzern	A (seit 2007) Messung in mehrjährigen Abständen	A
Evaluation der Weiterbildungsstätte in Psychiatrie und Psychotherapie (Art. 43 WBO)	A: SIWF FMH, WBSK	A (seit 1997) Messung in mehrjährigen Abständen	B: Ärztlicher Dienst
Umfrage zur Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte	A: SIWF FMH	A (seit 1999) Jährliche Messungen	B: Ärztlicher Dienst
Landesweite Messung Psychiatrie	A: ANQ	C (ab 2012) Dauererfassung	B: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst
Bemerkung			
<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 finden Sie im Qualitätsbericht 2010. Die Umfrage zur Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte finden Sie im Anhang.</p>			



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	Hygienekonzept
Reinigungskonzept	Hotellerie/Hauswirtschaft	Ohne Zertifizierung	Schulung durch Ltg. Hauswirtschaft	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Recovery-Projektgruppe	Koordination der Recovery-Orientierung im Gesamtbetrieb	Interdisziplinär, Peers	laufend
Recovery-Veranstaltungsgruppe	Durchführung und Koordination des kulturellen Angebots zu Recovery	Interdisziplinär, Peers	laufend
CIRS	Standardisierte Bearbeitung kritischer Zwischenfälle	Ganzer Betrieb	laufend
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
Mitarbeiterschulungen Qualitätsmanagement	Förderung des Qualitätsbewusstseins bei den Mitarbeitenden	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	Ärztlicher und pflegerischer Bereich	laufend
Sturzerfassungssystem	Erfassung Sturzrisiko bei Eintritt; Sturzprotokoll nach Stürzen; Massnahmenpläne	Geriatric	laufend
Dekubitusprophylaxe	Dekubitusverhinderung	Geriatric	laufend
Eintritts-, Verlaufs-Outcomemessungen	Diagnostik; Intervention; KVP; Benchmarking	Ärztlicher und pflegerischer Bereich	laufend

Fallbezogene Supervision und Teamsupervision	Optimierung der patientenbezogenen Arbeit und der Arbeit im Team	Ärztlicher und pflegerischer Bereich	laufend
Mitarbeiterschulungen Notfallmanagement	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
Motivational Interviewing	Ausbau des pflegerischen Therapieangebots	Pflegedienst	laufend
Adherence Therapie	Ausbau des pflegerischen Therapieangebots	Pflegedienst	laufend
Weiterentwicklung SanIDEE	Optimierung des betrieblichen Vorschlagswesens	Qualitätsmanagement	03.11 bis 10.11
Ethikforum	Einzelfallberatung, Weiterbildung und Entwicklung von ethischen Leitlinien	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe	seit 08.11
Ausbau Klinikinformationssystem (KIS)	Verbesserung der Behandlungsqualität und Prozesseffizienz; Arbeitserleichterung	Ganzer Betrieb	03.10 bis 12.11
Neugestaltung der Akutstationen	Stationsöffnung und Gartenneugestaltung	Interdisziplinäre Projektgruppe	09.11 bis 12.12
Angehörigenarbeit	Optimierung der Angehörigenarbeit	Ganzer Betrieb	11.11 bis 06.12
Konzept Personalentwicklung	Sicherung qualifizierten Nachwuchses	Personalwesen	08.11 bis 05.12
Finanzstrategie	Anpassung an neue Spitalfinanzierung	Finanzen und Controlling	01.11 bis 12.11 (Abwarten der Abstimmung im Juni 2012)
Optimierung Medikationsprozess	Erhöhung der Behandlungsqualität; Optimierung von Abläufen	Interdisziplinäre Projektgruppe	03.11 bis 02.12
Analyse Dienstarzt-Funktion	Erhöhung der Behandlungsqualität; Optimierung von Abläufen	Interdisziplinäre Projektgruppe	07.11 bis 04.12
Kliniksekretariat		PR / Kommunikation	04.11 bis 01.12
Konzept Burnout	Ausbau des stationären und ambulanten Angebots	Ärztlicher Bereich	07.11 bis 12.12
Konzept Ethikforum		Interdisziplinäre Projektgruppe	09.11 bis 05.12
Neue Telefonanlage IP		Infrastruktur	01.11 bis 06.12
Neues Verpflegungskonzept		Hotellerie	01.11 bis 12.12

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Ausbau Klinikinformationssystem	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> • EDV-technische Unterstützung des Prozessmanagements • Verbesserung der Behandlungsqualität • Erhöhung der Patientensicherheit und –zufriedenheit • Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit • Ressourcenfreisetzung • Verbesserung der Transparenz 	
Beschreibung	Absicht des Projekts war der Ausbau des bisherigen Klinikinformationssystems (KIS), das nach Einführung des Prozessmanagements und im Hinblick auf künftige marktbedingte Entwicklungen (elektronische Datenverarbeitung, neue Tarifsyste me usw.) nicht mehr den Anforderungen entsprach.	
Projekttablauf / Methodik	Im 1. Semester 2010 wurde zur Standortbestimmung mit Hilfe eines externen Beratungsunternehmens eine KIS Strategie erstellt. Der Ist-Zustand wurde mit Hilfe strukturierter Interviews bei Anwendern erhoben. Nach Freigabe der Strategie durch die Geschäftsleitung wurde im Rahmen von zwei weiteren Workshops eine Nutzenanalyse erarbeitet. Darauf aufbauend wurden die KIS-Module priorisiert und ein Masterplan für die Finanzierung erstellt. Nach erfolgter Freigabe des Masterplanes erfolgte die Aufstellung eines interdisziplinären Projektteams, das pro Modul Soll-Konzepte definierte. Vor Einführung eines neuen Moduls wurden jeweils Schulungen für alle betroffenen Mitarbeitenden durchgeführt.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen	<p>In den ersten vier Monaten nach Produktivstarten wurde anhand von Arbeitssitzungen und persönlichen Gesprächen vor Ort das System weiter optimiert und den Anforderungen im Bereich Behandlungsqualität und Arbeitserleichterung angepasst.</p> <p>Ab Juli 2012 beginnt der Abgleich in Bezug auf die Anforderungen des Prozessmanagements, welche Verbesserungen und Prozesseffizienzsteigerungen in den Sollprozessen mit der Unterstützung des neuen Klinikinformationssystems vorsieht. Nach Erfüllung aller Anforderungen wurde seitens des Prozessmanagements das Projektziel erreicht. Sofern die Ziele nicht erreicht sind, werden weitere Adaptierungen am System vorgenommen.</p> <p>Ein weiteres wesentliches Ziel des Projektes war die vereinfachte Berichtsschreibung und elektronische Verfügbarkeit von Daten zur Informationsgewinnung. Die Prozesse im Bereich Berichtsschreibung müssen an die neue Umgebung angepasst werden. Dies mit dem Resultat einer wesentlichen Arbeitserleichterung für den ärztlichen Bereich. Etwaige Systemanpassungen könnten die Folge sein. Dieser Abgleich beginnt im Sommer 2012.</p> <p>Das Projektziel der Datengewinnung ist erreicht, da bereits alle Informationen im System erhoben werden müssen. Ob dies vollflächig durchgeführt wird, wird anhand von Panelchecks ebenfalls im Sommer 2012 evaluiert.</p> <p>Monetäre Resultate des Projektes werden nicht evaluiert.</p>	
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente	

Projekttitlel	Weiterentwicklung SanIDEE	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Optimierung des internen betrieblichen Vorschlagswesens, indem Abläufe beschleunigt werden, grösserer Transparenz geschaffen und das motivationale Anreizsystem verbessert wird.	
Beschreibung	Das seit 2010 bestehende elektronische Ideenmanagement wurde nach einem internen Wechsel der Zuständigkeit evaluiert. Dabei zeigte sich Optimierungspotential hinsichtlich Effizienz, Transparenz und Attraktivität.	
Projekttablauf / Methodik	<p>Nach Einholen von Rückmeldungen von internen Ideengebern wurde der Wunsch nach einer beschleunigten Rückmeldung über Annahme oder Ablehnung eigener Ideen und grösserer Transparenz deutlich. Zudem wurden das Entscheidungsgremium der drei Klinikdirektoren und die Alles-oder-Nichts-Regel bei der Prämierung kritisch hinterfragt. Aus diesem Grund wurden folgende Anpassungen geplant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbezug von Arbeitnehmervertreter/ -innen bei der Entscheidung über Ideen • Abstufung der Prämierung anhand klar definierter Kriterien • Öffentliche Ansicht bisher eingegangener Vorschläge • Regelmässige Newsletter. <p>Die Ideenjury, welche 4 Arbeitnehmervertreter/ -innen und 3 Arbeitgebervertreter/ -innen sowie die Qualitätsmanagerin umfasst, wurde mit Hilfe einer internen Ausschreibung gewonnen. Die Klinikdirektoren überlassen neu die Entscheidungskompetenz vollkommen bei dieser Jury, die sich alle 6 Wochen zur Besprechung eingegangener Vorschläge trifft. Die Prämierung erfolgt neu abgestuft durch die Beurteilung einer Idee anhand von vier Kriterien (Bedeutung der Idee fürs Unternehmen / für Mitarbeitende / für Patienten; finanzieller Nutzen). Die elektronische Software wurde so angepasst, dass alle Mitarbeitenden Einsicht in bisher eingegangene Idee haben. Ausserdem werden Mitarbeiter-Newsletter verschickt, die über die Tätigkeit der Jury und aussergewöhnliche Ideen berichten.</p> <p>Gleichzeitig wurden das Prozessdiagramm und die Konzeptvorlage entsprechend angepasst.</p>	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Verwaltungsdirektion	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die interne Ausschreibung für die Teilnahme an der Ideenjury erzeugte derart positive Resonanz, dass nur ein Teil der eingegangenen Bewerbungen berücksichtigt werden konnte. Die Menge der durchschnittlich monatlich eingegangenen Vorschläge stieg von vorher 4.0 auf durchschnittlich 5.5 an.	
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente	

F

Schlusswort und Ausblick

Wie bereits in den vergangenen Jahren, so war das Sanatorium Kilchberg auch im Jahr 2011 bestrebt, sich kontinuierlich für den Patienten und die Mitarbeitenden weiterzuentwickeln.

Die Einführung des neuen Klinikinformationssystems ging Hand in Hand mit der Implementierung des Prozessmanagements, insbesondere aller Kernprozesse, in die Praxis. Dank der Einführung von Profitcentern konnte die Organisations- und Führungsstruktur verbessert werden.

Für das Jahr 2011 haben die Ärztliche Direktion und die Pflegedirektion die systematische Förderung von Recovery als gemeinsames Klinikziel definiert. Das Sanatorium Kilchberg führte im Rahmen des Projektes ein Symposium und verschiedene öffentliche Anlässe (z.B. Lesungen, Filmvorführungen, Präsentationen) zum Themenkreis Recovery durch. Bis Ende Jahr verfügte zudem jede Station über ein Konzept zur Erhöhung der eigenen Recovery-Orientierung. Die einzelnen Stationen werden in ihren Bemühungen von Mitgliedern der Projektgruppe, insbesondere von den Betroffenenvertretern, unterstützt.

Die Festigung der Recovery-Orientierung, die Umsetzung stationsspezifischer Behandlungsschwerpunkte sowie der Ausbau der Gerontopsychiatrie sind wichtige interprofessionelle Schwerpunktziele für das Jahr 2012.

G

Anhänge

Umfrage Weiterbildung: Beurteilung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte 2011

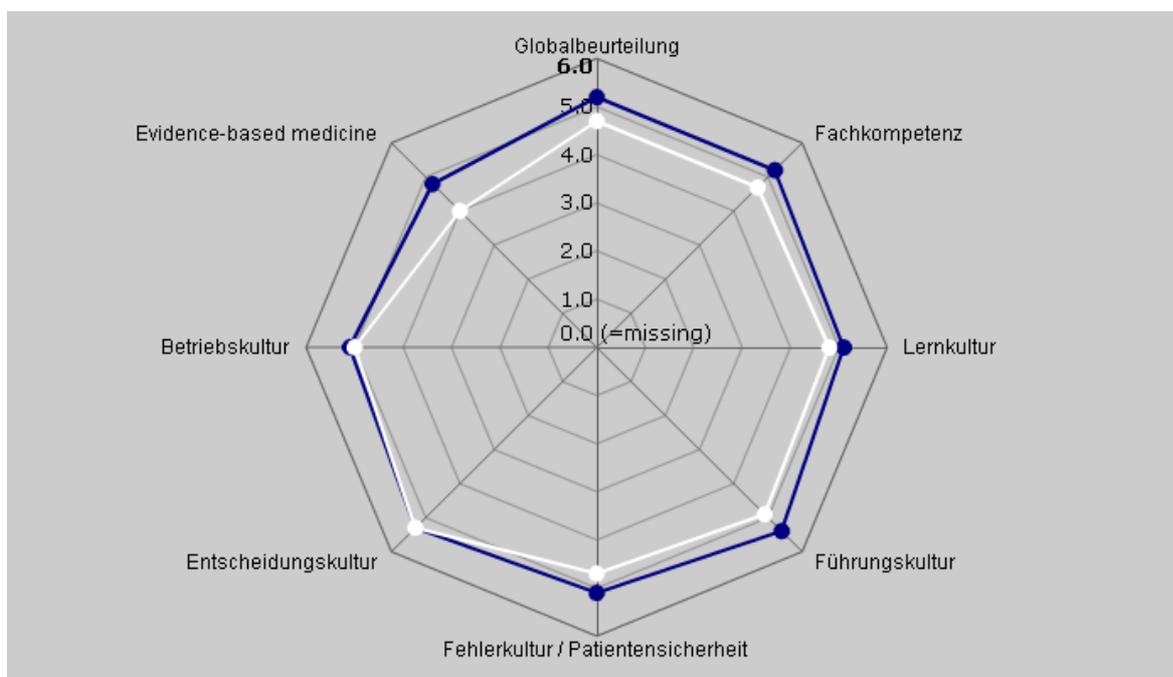
Gesamtübersicht für Herr Dr. med. René Bridler

[zurück](#)

WBS Nr.: 401334

Abteilung: Psychiatrische Privatklinik Fachtitel: Psychiatrie und Psychotherapie
 Departement: Kategorie: Mehrfachanerkennung im gleichen Fachgebiet

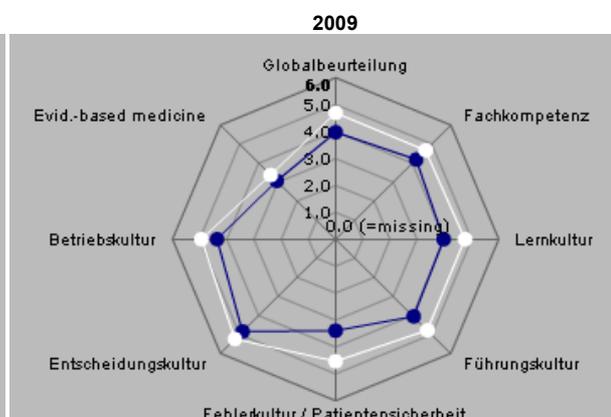
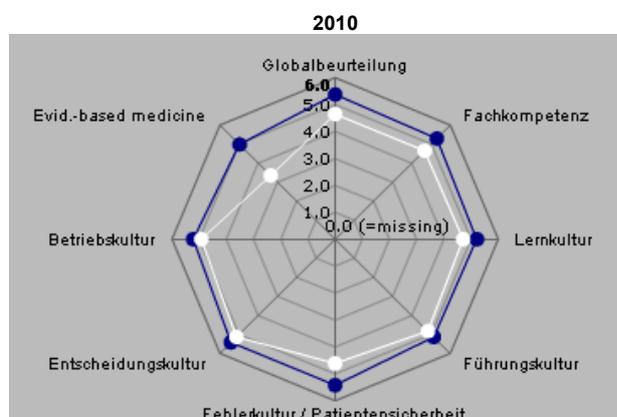
Institution: Sanatorium Kilchberg
 PLZ/Ortschaft: 8802 Kilchberg ZH



Ihre Weiterbildungsstätte: N=15 ausgewertete von 24 versandten Fragebogen (63%)

Benchmark: N=482 ausgewertete von 901 versandten Fragebogen (53%)

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.

Umfrage Weiterbildung: Beurteilung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte 2011

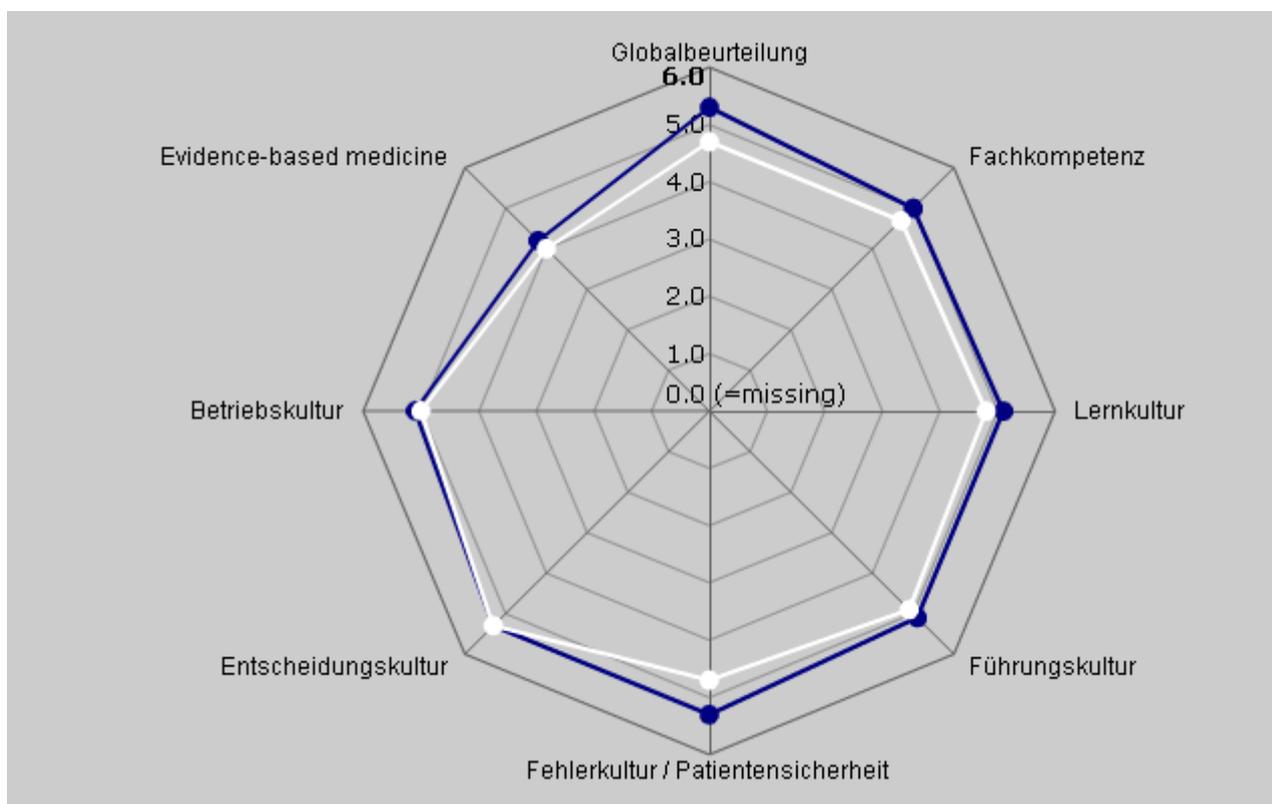
Gesamtübersicht für Frau Dr. med. Christine Poppe

WBS Nr.: 401334

Abteilung: Psychiatrische Privatklinik
Departement:

Fachtitel: Psychiatrie und Psych
Kategorie: Kategorie A (3 Jahre)

Institution: Sanatorium Kilchberg
PLZ/Ortschaft: 8802 Kilchberg ZH



Ihre Weiterbildungsstätte: N=7 ausgewertete von 11 versandten Fragebogen (64%)

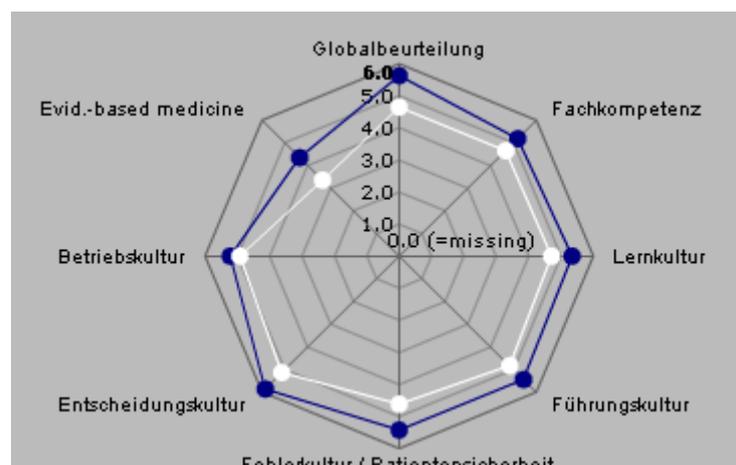
Benchmark: N=482 ausgewertete von 901 versandten Fragebogen (53%)

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

2010

2009

Keine Angaben. Mögliche Gründe: Leiter
Neuanerkennung der Weiterbildungsstä
weitere Gründe (vgl. [Hinweise zur Ausv](#))



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.

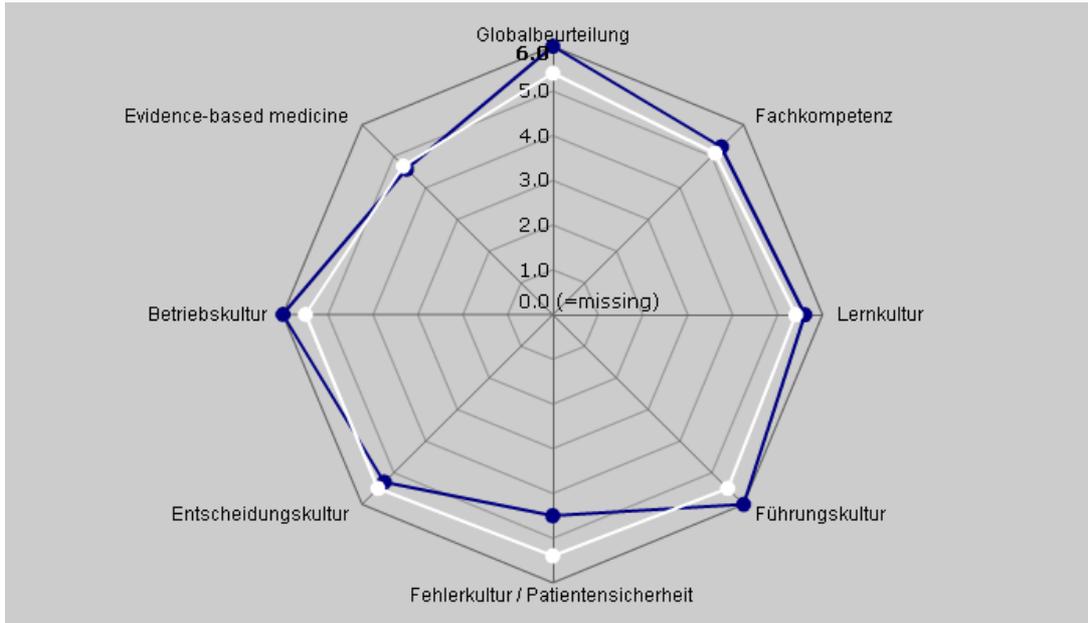
Umfrage Weiterbildung: Beurteilung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte 2011

Gesamtübersicht für Frau Dr. med. Alice Walder-Utz

[zurück](#)

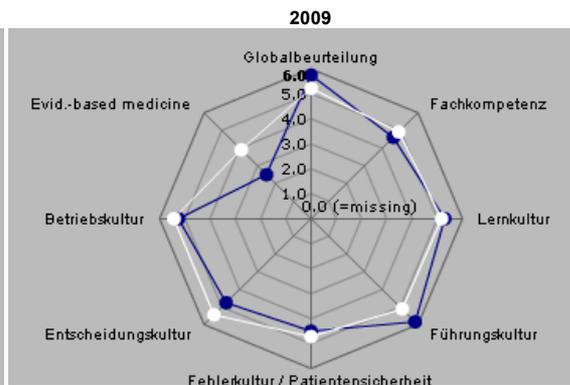
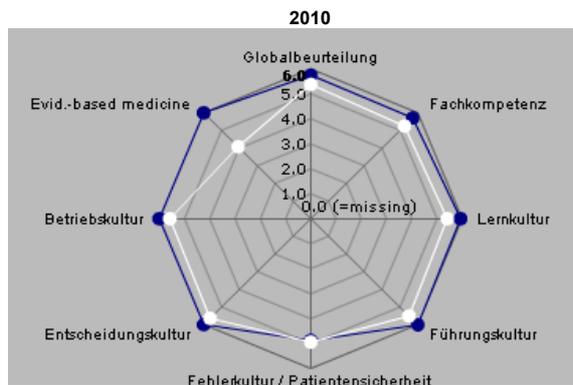
WBS Nr.: 408719

Abteilung:	Medizinische Abteilung	Fachtitel:	Allgemeine Innere Medizin
Departement:	Psychiatrische Privatklinik	Kategorie:	Kategorie D (6 Monate)
Institution:	Sanatorium Kilchberg		
PLZ/Ortschaft:	8802 Kilchberg ZH		



Ihre Weiterbildungsstätte: N=1 ausgewertete von 2 versandten Fragebogen (50%)

Benchmark: N=47 ausgewertete von 73 versandten Fragebogen (64%)
 Benchmarkgruppe: Allgemeine Innere Medizin
 1-3 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](#)