

Management Summary

Zusammenfassung der Studie „Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern“

Dieses Management Summary gibt einen Überblick über die Ergebnisse der ersten nationalen Studie zum klinischen Risikomanagement in Schweizer Spitälern, welche im Winter 2007/2008 gemeinsam von der Hochschule Luzern – Wirtschaft und dem Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich durchgeführt wurde.

Alle Spitäler, die sich an der Erhebung beteiligt haben, erhalten zusätzlich zu dieser Zusammenfassung eine detaillierte, spitalspezifische Auswertung, die einen Vergleich mit Spitälern desselben Spitaltyps ermöglicht.

Zielsetzung und Vorgehen bei der Studie

Ziel der Studie war die Erhebung der aktuellen Situation und der geplanten Entwicklungen im klinischen Risikomanagement in Schweizer Spitälern. Aufgrund der Erkenntnisse soll das systematische Management klinischer Risiken und damit die Patientensicherheit in Schweizer Spitälern gefördert werden.

Für die Erhebung entwickelte das Forscherteam ein Instrument zum Monitoring des klinischen Risikomanagements (kRM). Dieses umfasst u.a. einen Katalog von Aktivitäten des kRM, die entlang eines systematischen Risikomanagement-Prozesses strukturiert sind. Um neben dem aktuellen Stand auch geplante Entwicklungen aufzuzeigen, konnte zu jedem Aspekt angegeben werden, wie systematisch dieser bereits umgesetzt wird bzw. ob dieses Thema erst diskutiert wird oder bereits konkrete Umsetzungspläne bestehen. Zusätzlich wurden Interviews in 25 Spitälern geführt, um die Befragungsergebnisse zu validieren und zu vertiefen.

Das Instrument hat in der Praxis mehrheitlich positive Resonanz und eine Sensibilisierung für Fragen des klinischen Risikomanagements ausgelöst. Die erstmals durchgeführte schriftliche Befragung von Verantwortlichen für klinisches Risikomanagement soll in regelmässigen Abständen wiederholt werden. Dies ist eine wichtige Massnahme, um das Bewusstsein für ein vorausschauendes, systematisches Risikomanagement zu fördern und Spitäler in der kontinuierlichen Weiterentwicklung zu unterstützen.

Weitere Informationen zum gesamten Forschungsprojekt finden Sie auf S. 6 dieser Zusammenfassung oder auf unsere Webseite: www.rms.ethz.ch

Definition klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement (kRM) wurde als die Gesamtheit der Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten definiert, welche die Mitarbeitenden eines Spitals unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen. Dabei stehen nicht einzelne Mitarbeitende und potenzielle Fehler im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern das „Gesamtsystem Spital“. Der idealtypische Risikomanagementprozess beinhaltet folgende Phasen: Entwicklung einer Risiko-Strategie, Identifikation, Analyse, Gewichtung und Handhabung sowie Dokumentation und Controlling der Risiken und der entsprechenden Massnahmen. Gezielte Kommunikation begleitet diesen Prozess und die verschiedenen Einzelmassnahmen sowie themenspezifischen Projekte werden koordiniert.

Das Wichtigste in Kürze

Die Ergebnisse der Erhebung bilden den aktuellen Stand sowie die geplanten Entwicklungen im kRM ab; zumindest für die 43% der Schweizer Spitäler, die sich beteiligt haben. Die beteiligten Spitäler setzen ein breites Spektrum von Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit um, sind hierbei jedoch häufig eher reaktiv als proaktiv: das heisst potenzielle Risiken von Behandlungsprozessen werden selten systematisch und vorausschauend identifiziert und analysiert. Ein kRM, welches präventive Elemente integriert, sowie die Koordination über die verschiedenen Fachbereiche und Berufsgruppen sicherstellt, ist vielerorts zum Zeitpunkt der Befragung (Oktober 2007 – Januar 2008) noch nicht etablierte Praxis. Entsprechend sehen die Verantwortlichen für kRM Optimierungspotenziale insbesondere hinsichtlich der Systematisierung, der strategischen Verankerung und der stärkeren proaktiven Ausrichtung der Aktivitäten. Vor allem grössere Spitäler stehen häufig vor der Herausforderung, eine geeignete Balance zwischen zentraler Koordination durch systematisches kRM und der Integration lokaler Initiativen zur Erhöhung der Patientensicherheit zu finden.

Rücklauf und Stichprobe

Die **Rücklaufquote der Erhebung lag bei 43%** (138 von 324 Spitalern). Je nach Sprachregion unterschied sie sich deutlich. In der italienischsprachigen Schweiz antworteten 12 von 18 angeschriebenen Spitalern (67%), in der Deutschschweiz waren es 100 von 219 (46%) und in der französischsprachigen Schweiz 26 von 87 (30%). Manche Spitäler beantworteten den Erhebungsbogen als Spitalgruppe oder -verbund, so dass schliesslich Daten von 98 verschiedenen Spitalern oder Spitalgruppen vorlagen, die insgesamt 138 Spitäler abbilden.

An dieser Befragung beteiligten sich Repräsentanten von **unterschiedlichen Spitaltypen** (siehe Tabelle 1): Universitätsspitäler (5; 100%), Akutspitäler (95; 41%), Psychiatrische Kliniken (22; 46%) und Rehabilitationskliniken (16; 39%). Im folgenden Management Summary ist jeweils die Gesamtheit aller antwortenden Spitäler gemeint, wenn von den „Spitalern“ die Rede ist.

Spitaltyp	Universitäts-spitäler	Akutspitäler	Psychiatrische Kliniken	Rehabilitations-kliniken
Teilnahme	5 (100%)	95 (41%)	22 (46%)	16 (39%)
Absage*	0	83 (36%)	16 (33%)	13 (32%)
Keine Rückmeldung	0	52 (27%)	10 (21%)	12 (29%)
Total	5	230	48	41

*Absagen erfolgten in den meisten Fällen wegen Zeitmangel, einer zu grossen Umfragedichte, weil das Spital zu klein sei oder weil sich das kRM erst im Aufbau befinde.

Tabelle 1: Rücklauf in absoluten Zahlen bzw. in Prozent nach Spitaltyp

Organisationale Einbettung und Ressourcen des kRM

Verantwortliche Person für kRM

Mehr als 60% der Personen, die den Erhebungsbogen ausgefüllt haben, arbeiten länger als 5 Jahre im entsprechenden Spital und sind in den meisten Fällen im Bereich des Qualitäts-/Risikomanagements tätig. Die **Funktion einer zentralen Koordination des kRM** (Risikomanager/in, Qualitätsmanagement-Leiter/in o.ä.) existiert zum Zeitpunkt der Befragung in der Hälfte der Spitäler. Ein Viertel der Spitäler plant nach eigenen Angaben, eine solche zentrale Funktion in den nächsten 12 Monaten einzuführen. Bei einem Viertel ist dies aus unterschiedlichen Gründen (vollständig dezentrale Organisation, mangelnde Ressourcen, andere strategische Vorhaben usw.) nicht vorgesehen.

Einbettung, Ressourcen und Möglichkeiten der kRM-Verantwortlichen, Projekte zu initiieren

Bezüglich der **organisationalen Einbettung der kRM-Funktion** zeigt die Studie, dass in ca. 73% der Spitäler ein sehr enger Bezug zur Spitalleitung besteht (28% der kRM-Verantwortlichen sind Mitglied der Spitalleitung, 30% haben Stabsstellen inne und 15% sind in der Linie der Spitalleitung verankert, siehe Abbildung 1). Häufig wird das kRM im Rahmen der schon länger bestehenden Struktur des Qualitätsmanagements integriert. Die für kRM zur Verfügung stehenden Personalressourcen sind eher gering: Im Durchschnitt bewegt sich dieser Wert bei der zentralen kRM-Funktion zwischen 80% (Durchschnitt der Universitätsspitäler), 20% (Akutspitäler und Psychiatrische Kliniken) und 5 Stellenprozenten (Reha-Kliniken). Hinzu kommen dezentrale personelle Ressourcen für kRM in einem ähnlichen Umfang; meist sind dies die für Incident Reporting Systeme zuständigen Personen in den einzelnen Kliniken und Fachbereichen. Die vertiefenden Interviews haben ergeben, dass in vielen Fällen kRM „nebenbei“ gemacht wird und keine Stellenprozente explizit für diese Tätigkeiten zur Verfügung stehen.

Der **Zugang zur Spitalleitung** ist für die kRM-Verantwortlichen bei annähernd allen Spitalern (95%) gewährleistet oder dann zumindest in den nächsten 12 Monaten geplant (5%). Auch wenn nur ca. 20% der Spitäler über ein eigenes Budget für Projekte im Bereich des kRM verfügen (weitere ca. 10% planen, ein solches einzurichten), haben die meisten kRM-Verantwortlichen (88%) die Möglichkeit, Projekte zu initiieren und via Spitalentscheid mit einem entsprechenden Budget zu realisieren.

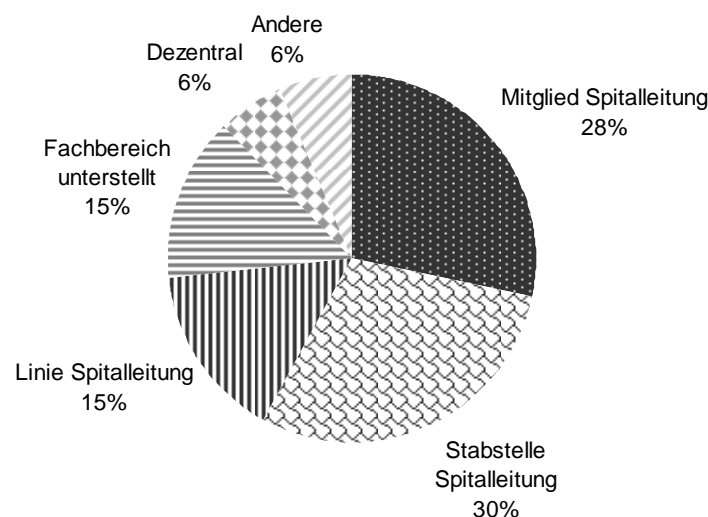


Abbildung 1: Organisationale Einbettung der für das kRM verantwortlichen Person

Strategische Verankerung des kRM

Fast 60% der Spitäler verfügen über eine **verbindliche, schriftlich ausformulierte Strategie**. Knapp 35% besitzen verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele spezifisch im kRM und weitere 28% der Spitäler planen, solche Ziele in den nächsten 12 Monaten zu entwickeln. Als aktuelle strategische Ziele der befragten Spitäler werden z.B. genannt, das kRM zu institutionalisieren und aktiv zu betreiben, Schlüsselpersonen einzubinden, die Sicherheitskultur zu entwickeln oder ein Incident Reporting System einzuführen.

In den vertiefenden Interviews hat sich zusätzlich gezeigt, dass ein guter Zugang zu allen im Spital tätigen Berufsgruppen für die strategische Verankerung des kRM zentral ist. Dieser Umstand ist bei der Besetzung von entsprechenden Funktionen und Teams besonders zu berücksichtigen, da sonst die Umsetzung im Alltag erschwert wird.

Entwicklungsstand des kRM in den Schweizer Spitälern

Das Gesamtbild zum Entwicklungsstand des kRM in Schweizer Spitälern ist heterogen und verweist auf Systematisierungsbedarf. Bei den in der Befragung abgedeckten Themenbereichen des kRM (Prozessdefinitionen im kRM, Risikoanalyse, Risikobewertung usw.) geben jeweils lediglich zwischen 22-40% der beteiligten Spitälern an, über klare **Risikomanagement-Konzeptionen** zu verfügen und diese systematisch umzusetzen. Ca. ein Drittel der beteiligten Spitälern gibt zudem an, sich mit den befragten kRM-Themen noch nicht oder nur punktuell zu befassen. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass dort keine Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit (z.B. im Rahmen des Qualitätsmanagements) getroffen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Spitälern in der Umsetzung von Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit häufig eher reaktiv und weniger proaktiv vorgehen. Auf unterschiedlichen organisationalen Ebenen existieren viele Aktivitäten, die der Erhöhung der Patientensicherheit dienen und im Kontext eines kRM integriert und systematisiert werden könnten. Ein systematisches kRM, welches potenzielle Risiken von Behandlungsprozessen vorausschauend identifiziert und präventive Elemente integriert, sowie die Koordination über die verschiedenen Fachbereiche und Berufsgruppen sicher stellt, ist vielerorts noch nicht etablierte Praxis. Entsprechend sehen die Verantwortlichen für kRM **Optimierungspotenziale insbesondere hinsichtlich der Systematisierung, der strategischen Verankerung und der stärkeren proaktiven Ausrichtung**. Vor allem grössere Spitälern stehen häufig vor der Herausforderung, eine geeignete Balance zwischen zentraler Koordination durch systematisches kRM und der Integration lokaler Initiativen zur Erhöhung der Patientensicherheit zu finden.

Risikomanagementprozess

Die **aktuelle Situation des kRM auf Spitalebene** wurde anhand von 15 Fragen entlang eines systematischen Risikomanagementprozesses und weiterer erfolgskritischen Faktoren erfasst. Der idealtypische Risikomanagementprozess beinhaltet dabei folgende Phasen: Entwicklung einer Risiko-Strategie, Identifikation, Analyse, Gewichtung und Handhabung sowie Dokumentation und Controlling der Risiken und der entsprechenden Massnahmen. Zielorientierte Kommunikation begleitet diesen Prozess.

Wie oben beschrieben, zeigt sich, dass meist dort, wo es um reaktive Massnahmen und Prozesse geht, deutlich mehr Spitälern schon eine systematische Umsetzung oder zumindest diverse unsystematische Aktivitäten aufweisen. So geben 76% der Spitälern an (40% systematisch, 36% unsystematisch), die Ursachen und Umstände eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess nicht nur auf Klinikebene, sondern auch auf Spitalebene zu analysieren und noch mehr (39% systematisch, 45% unsystematisch) geben an, aufgrund der Ursachenanalyse eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess auf Spitalebene Massnahmen abzuleiten. Zumindest unsystematische Definitionen von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM haben die Hälfte der antwortenden Spitälern. Spitalweite Berichte zum kRM sind am wenigsten verbreitet, wobei 32% der Spitälern sich noch nicht damit befassen hatten, weitere 10% dies zwar diskutiert, aber keine Umsetzungspläne dazu haben und 18% die Umsetzung für die nächsten 12 Monate planen.

Bei Fragen zu weiteren Aspekten des kRM auf Spitalebene (Leadership, Partizipation, Ausbildung) zeigt sich ein ähnliches Bild: Am meisten als „systematisch bzw. unsystematisch umgesetzt“ beantwortet wurden die Fragen „Die Spitalleitung macht durch konkrete Aktivitäten ihr Engagement bei Fragen zur Patientensicherheit sichtbar“ (26% systematisch, 46% unsystematisch) und „Die Mitarbeitenden werden aktiv ins kRM einbezogen (z.B. bei der Identifikation klinischer Risiken)“ (30% systematisch, 43% unsystematisch). Weniger als 36% der Spitälern gaben an, dass externe Stellen in die Weiterentwicklung des kRM des Spitals eingebunden werden (z.B. im Rahmen von Beratungen, Audits usw.), 7% der Spitälern haben sich hier „bewusst dagegen entschieden“.

Incident Reporting Systeme

Da **Meldesysteme für kritische Ereignisse (Incident Reporting Systeme, IRS)** im Kontext des kRM weit verbreitete Instrumente darstellen, enthielt der Erhebungsbogen spezifische Fragen zu IRS. Insgesamt zeigt sich bei den teilnehmenden Spitälern ein Trend zu spitalweiten IRS: Gemäss unserer Ergebnissen verfügen etwas mehr als 60% der Spitäler, die sich an der Befragung beteiligt haben, über ein spitalweites IRS, rund 15% haben eines in einzelnen Kliniken implementiert und ca. 10% waren zum Zeitpunkt der Befragung in der Einführungsphase eines IRS. Gut 7% planen, in den nächsten 12 Monaten ein IRS einzuführen und 5 Spitäler geben an, über kein IRS zu verfügen und auch keine Einführung zu planen.

Die Einführung der Meldesysteme fand hauptsächlich zwischen 2004 und 2007 statt. Vor dem Jahr 2004 arbeiteten erst 10 der teilnehmenden Spitäler mit einem IRS, wobei einzelne Kliniken allerdings schon 1988 erste Meldesysteme lancierten.

Die detaillierten Ergebnisse zu den IRS zeigen, dass dieses Instrument im Vergleich zu anderen Aktivitäten im kRM (siehe oben) eher systematischer eingesetzt wird (je nach Frage antworten zwischen 35 bis 70% mit „systematisch umgesetzt“). Jeweils zwischen 60 und 70% der Spitäler, die ein IRS eingeführt haben, verfügen z.B. über eine Definition der zu meldenden kritische Ereignisse, haben ein elektronisches System und gewährleisten die Anonymität der Meldenden, falls erwünscht. Ein eher unsystematisches Vorgehen wurde deutlich bei der Analyse von kritischen Ereignissen (über 60% nicht systematisch) und bei der Kommunikation von Ursachen und Massnahmen gegenüber den Mitarbeitenden (40-55% nicht systematisch). Ob Massnahmen umgesetzt werden, wird von ca. 40% systematisch und von weiteren gut 40% unsystematisch überprüft. 13% haben eine solche Überprüfung in den nächsten 12 Monaten geplant.

Diese Angaben sagen aber über den Umgang mit kritischen Ereignissen im Alltag wenig aus. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass viele der befragten Spitäler zumindest Ereignisse sammeln und auch Massnahmen ableiten. Die Systematik bei der Analyse und der Überprüfung, dem Controlling ist jedoch oft nicht etabliert.

KRM auf Klinikebene

Da die verschiedenen Kliniken innerhalb der Spitäler häufig unterschiedlich aktiv sind in Fragen des kRM, fragten wir im letzten Teil des Erhebungsbogens auch nach dem **kRM in den einzelnen Kliniken der Spitäler**. Es zeigte sich, dass es gerade in grossen Spitälern schwierig ist, den Überblick über den Entwicklungsstand des kRM in den verschiedenen Kliniken und Organisationseinheiten zu behalten. In der Interviewstudie wurde deutlich, dass die ausfüllenden Personen teilweise Annahmen treffen mussten ohne über detaillierte Kenntnisse der Situation in den verschiedenen Kliniken zu verfügen, um auf diese Fragen im Erhebungsbogen zu antworten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Bereich „Kommunikation und Information“ auf Klinikebene am weitesten systematisch umgesetzt ist, gefolgt von „Lernen und Entwicklung“ (Fallkonferenzen usw.) und „Dokumentation“. Etwas weniger verbreitet sind ein systematischer „Risikomanagement-Prozess“ und Massnahmen im Bereich „Schulung und Weiterbildung“.

Optimierungspotenzial im kRM

Optimierungspotenzial im kRM besteht in verschiedenen Themengebieten: Am meisten Bedarf sehen die Antwortenden im Bereich der spezifischen Fortbildung zu Themen der Patientensicherheit (80% mehrheitliche oder volle Zustimmung) und im Bereich der Standardisierung von Verfahren und Prozessen (75% Zustimmung). 50% geben zudem an, dass zusätzliche finanzielle oder personelle Ressourcen notwendig wären, um die Wirksamkeit des kRM zu erhöhen. Die zentrale Rolle der Führung und der Entwicklung einer offenen und lernorientierten Sicherheitskultur wurde ebenfalls sehr oft angegeben (66% bzw. 71% Zustimmung). Bei der Einschätzung des Optimierungspotenzials im kRM ist mehr als bei anderen Themenbereichen die subjektive Bewertung der ausfüllenden Person zu beachten. Denn fast unabhängig vom tatsächlichen Entwicklungsstand führt ein hoher Anspruch bezüglich kRM zu einer hohen Einschätzung des Optimierungspotenzials.

Aussagekraft der Studie

Diese erstmalig durchgeführte Erhebung zum kRM in Schweizer Spitälern ermöglicht einen Überblick über die aktuelle Situation und die geplanten Initiativen im kRM in Schweizer Spitälern. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Teilnahme für die Spitäler freiwillig war. Die Studie ist daher nicht repräsentativ und die Ergebnisse können nur auf die antwortenden Spitäler bezogen werden.

Wie bei allen schriftlichen Erhebungen ist zudem zu bedenken, dass die erhaltenen Daten immer subjektive Einschätzungen sind. Da bei dieser Studie jedoch nur Sachfragen (und keine Einstellungen oder Motive) abgefragt wurden, kann von relativ unverfälschten Daten ausgegangen werden. Dieser Eindruck bestätigte sich auch in der Rekommentierung der Antworten während der Interviews.

Um schliesslich den Zusammenhang zwischen Entwicklungsstand des kRM und der Patientensicherheit herzustellen, müssten weitere Analysen gemacht werden, die auch Faktoren wie spital-spezifischer Case Mix, effektive Schadensfälle, Art der kritischen Ereignisse usw. berücksichtigen. Das ist allerdings aufgrund der Komplexität und der heute teilweise spärlich vorhandenen Daten ein sehr schwieriges Unterfangen.

Ausblick

Es wird angestrebt, den Erhebungsbogen anhand der Erfahrungen und Rückmeldungen zu einem „Monitoring-Instrument für kRM“ weiter zu entwickeln, welches regelmässig eingesetzt werden kann. Ein solches Monitoring stellt eine wichtige Massnahme dar, die das Bewusstsein für ein vorausschauendes, systematisches Risikomanagement fördern und Spitäler in der kontinuierlichen Weiterentwicklung unterstützen kann.

In der nächsten Projektphase wird die Nutzung von Berichtssystemen für kritische Ereignisse (Incident Reporting Systeme), die ein weit verbreitetes Instrument des kRM darstellen, vertieft untersucht. Ziel ist es, konkrete Gestaltungsempfehlungen abzuleiten, um Spitäler im Umgang mit ihren Reportingsystemen bestmöglich anzuleiten und damit die Gewährleistung von Patientensicherheit zu unterstützen.

Um den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis zu ermöglichen und um die Vernetzung zwischen den Schweizer Spitälern zu unterstützen, veranstalten wir im Sommer 2009 eine Tagung. Ziel dieser Transfertagung ist es, den Austausch zu verschiedenen Themen des kRM zu fördern.

Danksagung

Das Projekt wird mitfinanziert von der Kommission für Technologie und Innovation (KTI 8614.1 ESPP-ES). Zusätzlich zur KTI unterstützen auch der Spitalverband „H+ Die Spitäler der Schweiz“ und die „FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte“ das Projekt finanziell. In der Schirmherrschaft sind neben „H+“ und der „FMH“ auch die „Stiftung für Patientensicherheit“, der „Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK ASI)“ sowie das „Bundesamt für Gesundheit BAG“ vertreten. Ein Expertenbeirat bringt zusätzliche Praxis-Perspektiven ein.

Oliver Kessler
Co-Projektleitung
Hochschule Luzern - Wirtschaft
IBR Institut für Betriebs- und
Regionalökonomie
oliver.kessler@hslu.ch
041 228 99 67

Tanja Manser
Co-Projektleitung
ETH Zürich
Zentrum für Organisations- und
Arbeitswissenschaften (ZOA),
Professur Wehner
tmanser@ethz.ch
044 632 84 07

Matthias Briner
Projektmitarbeiter
Hochschule Luzern –Wirtschaft /
ETH Zürich
IBR / ZOA
matthias.briner@hslu.ch
041 228 99 39

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