

spitäler schaffhausen



Spitäler Schaffhausen

Geissbergstrasse 81
8208 Schaffhausen



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2009

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

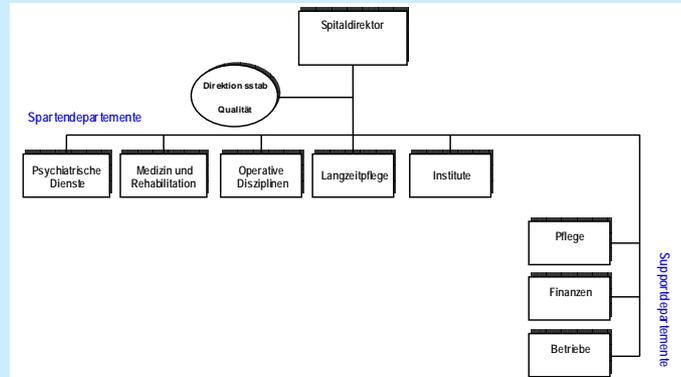


Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie	7
C3	Kennzahlen Rehabilitation	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	8
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	9
D1	Zufriedenheitsmessungen	9
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	12
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	12
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	12
D2	ANQ-Indikatoren	13
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	13
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	13
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	13
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	14
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	14
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
D5	KIQ-Pilotprojekte	16
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	16
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	16
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	17
E1	Pflegeindikatoren	17
E1-1	Stürze	17
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	17
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	19
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	19
F	Verbesserungsaktivitäten	20
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	20
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	21
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	23
G	Schlusswort und Ausblick	26
H	Impressum	27

A

Einleitung



Die Spitäl Schaffhausen (SSH) umfassen das Kantonsspital, das Pflegezentrum sowie die psychiatrischen Dienste und gehören mit über 1300 Mitarbeitenden zu den grössten Arbeitgebern im Kanton. Für die Bewohnerinnen und Bewohner der Region Schaffhausen sind wir die Anlaufstelle in psychischen und physischen Krankheitsfragen. Weitere Informationen finden sich auf unserer Homepage und im Geschäftsbericht 2009 (www.spitaeler-sh.ch – Organisation – Geschäftsbericht)

Standorte:

- Kantonsspital Schaffhausen, Geissbergstrasse 81, 8208 Schaffhausen
- Pflegezentrum Schaffhausen, J.J. Wepfer-Strasse 12, 8200 Schaffhausen
- Psychiatriezentrum Breitenau, Breitenaustrasse 124, 8200 Schaffhausen
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Promenadenstrasse 21, 8200 Schaffhausen
- HeGeBe Schaffhausen, Hochstrasse 34, 8200 Schaffhausen

Unsere Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und die Zuweiser haben eine berechtigte hohe Erwartung an die Qualität unserer täglichen Arbeit. Sie wünschen eine ausgeprägte Kundenorientierung und in allen Belangen eine medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem Niveau.

Deshalb ist Qualität ein wichtiger Schlüsselfaktor für den langfristigen Erfolg der Spitäl Schaffhausen. Das Qualitätsmanagement erstreckt sich über alle Bereiche und alle Leistungen des Unternehmens. Es baut auf das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung auf, das einen zentralen Bestandteil der Unternehmensstrategie darstellt.

Die Spitäl Schaffhausen haben aus diesen Gründen das methodische Vorgehen des EFQM-Modells ausgewählt. EFQM (European Foundation for Quality Management) ist ein umfassendes Qualitätsmanagement und europaweit etabliert und anerkannt. Es baut auf bewährte Grundprinzipien auf und erlaubt eine ganzheitliche Betrachtung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Mit dem erprobten Vorgehen zur Situationsanalyse bietet es eine gute Unterstützung bei der Identifikation wichtiger Themen und der Priorisierung von Massnahmen. Das Modell ermöglicht es, die vielfältigen Verbesserungsaktivitäten einzuordnen und systematisch anzugehen und umzusetzen.

Mit diesem Vorgehen wollen wir sicherstellen, dass unsere Kunden, Mitarbeitende, Partner und die Öffentlichkeit mit unserer Dienstleistung zufrieden sind.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsziele der SSH

1. Kontinuierliche Verbesserung der Prozessqualität und damit:
 - die Bedürfnisse und Erwartungen der Patientinnen und Patienten unter Anerkennung der ethischen Grundsätzen und zu deren Zufriedenheit wirkungsvoll und wirtschaftlich erfüllen,
 - eine verbesserte Koordination der einzelnen Massnahmen, einen besseren Outcome und eine höhere Patientenzufriedenheit bewirken,
 - die Zufriedenheit und Akzeptanz der Partner (zuweisende Ärzte, Kostenträger, Trägerschaft, Öffentlichkeit, usw.) durch optimale Kommunikation und Prozesse erhöhen,
 - die fachliche, führungsmässige und sozialen Kompetenz der Mitarbeitenden sowie die Teamarbeit aller Berufsgruppen fördern,
 - eine Kommunikations-, Beziehungs- und Fehlerkultur auf einer hohen zwischenmenschlichen Kompetenz entwickeln,
 - eine Steigerung der Effizienz im Interesse der Gesamteinstitution erzielen.
2. Die Qualität der Leistungen durch Qualitätsmessungen sichtbar und fassbar machen.
3. Das Qualitätsmanagementsystem als Führungsinstrument einsetzen.
4. Das Qualitätsmanagementsystem bildet die Grundlage für Spitalvergleiche.
5. Mit der Einführung eines flächendeckenden Qualitätsmanagementsystems entsprechen wir einer Forderung von H+ und den Krankenkassen und einem vertraglichen Commitment.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Im Rahmen von EFQM wurden die Vorbereitungen zu „Committed to Excellence“ getroffen. In der ersten Jahreshälfte führten die Spitäler Schaffhausen die Datenerhebung und Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell durch. Aufgrund der Stärken und Verbesserungspotentiale wurden acht Verbesserungsprojekte priorisiert und zur Umsetzung freigegeben. Die Projekte betreffen folgende Themen:

- CIRS-Konzept (Critical Incident Reporting System)
- Leitsätze der Personalpolitik und Führungsgrundsätze
- Polyvalenz-Matrix (Erfassen von Mehrfachqualifikationen der Mitarbeitenden)
- Prozessmanagementsystem
- Wirkungsorientierte Behandlungspfade in der Psychiatrie
- Verpflegungskonzept
- Wissensdatenbank der Apotheke
- Risikomanagement

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- Erfolgte Durchführung der EFQM Selbstbewertung und Start der Verbesserungsprojekte (siehe Abschnitt B2 oben)
- Durchführung der Befragung zur Patientenzufriedenheit in der Akutsomatik mit dem PEQ 2009 (Vorgabe ANQ, Benchmark)
- Durchführung der Befragung zur Zufriedenheit der ambulanten Patienten in der Psychiatrie mit dem MüPF ambulant (Benchmark)
- Durchführung der Befragung zur Kundenzufriedenheit in der Medizinischen Trainingstherapie (mit selbst entwickeltem Fragebogen)
- Weiterführung der Akkreditierung des Zentrallabors als Prüfstelle für medizinische Laboratoriumsuntersuchungen in den Bereichen Klinische Chemie, Hämatologie, Immunologie, Immnhämatologie, Blutspende, Mikrobiologie inklusive spitalhygienische Untersuchungen (nach der Norm ISO/IEC 17025).

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Erreichung des Qualitätslabels "Committed to Excellence" nach EFQM (Ziel 2010)
- ANQ Messempfehlungen verfolgen und prüfen
- Entwicklung von Behandlungspfaden in der Akutsomatik vor dem Hintergrund der Einführung der Fallpauschalen (DRG) ab 2012
- Entwicklung von Behandlungspfaden in der Psychiatrie
- Projekt Skill- und Grade-Mix → Ziel Integration der neuen Berufsgruppe FaGe
- Optimierung Delir-Management → Erkennen von Risikopatienten und frühzeitiges Einleiten von Massnahmen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" 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, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt Stellenprocente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Arend Wilpshaar	052 634 28 69	arend.wilpshaar@spitaeler-sh.ch	Leiter Direktionsstab / Mitglied Spitalleitung
Daniela Strebel	052 634 85 17	daniela.strebl@spitaeler-sh.ch	Direktionsstab – Projekte und Qualität / Qualitätsbeauftragte
Urs Wanner	052 634 28 84	urs.wanner@spitaeler-sh.ch	Qualitätsbeauftragter
Madeleine Holenstein	052 634 28 77	madeleine.holenstein@spitaeler-sh.ch	Pflegeexpertin / CIRS Gruppenverantwortliche
Dr. Claudia Gräflein	052 634 24 17	claudia.graeflein@spitaeler-sh.ch	Klinische Pharmazie, QM-Beauftragte
Marianne Wehrli	052 634 24 23	marianne.wehrli@spitaeler-sh.ch	Abteilungsleiterin Mikrobiologie, QM-Verantwortliche Labor, Biosicherheitsverantwortliche
Dr. Kirstin Hergel	052 634 85 55	kirstin.hergel@spitaeler-sh.ch	Oberärztin Anästhesie / Hämovigilanz
vakant			Materiovigilanz
Nadine Aschenbrenner Christian Conrad	052 634 25 11 052 634 25 10	nadine.aschenbrenner@spitaeler-sh.ch christian.conrad@spitaeler-sh.ch	Spitalhygiene
Walter De Ventura	052 634 28 55	walter.deventura@spitaeler-sh.ch	Arbeitssicherheit

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	46'941	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	-	
Anzahl stationäre Patienten	9'094	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	768	Anzahl Geburten
Anzahl Pflgetage gesamt	64'911	
Bettenanzahl per 31.12.	209	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.8 Tage	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	86.7%	
Spitalgruppen: Nennung der akusomatischen Standorte	Kantonsspital	

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant	1'800	---	---	---
Tagesklinik	2'314 (Anzahl fakturierte Pauschalen)	12	–	---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflgetage
stationär	131	594	38.5 Tage	44'267
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte		Psychiatriezentrum Breitenau Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst HeGeBe Schaffhausen		

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten	356	Muskuloskelettale- Geriatriische- und Neurologische Rehabilitation
Anzahl Pflgetage gesamt	8'478	
Bettenanzahl per 31.12.	25	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	17.5 Tage 28.0 Tage	Muskuloskelettale Reha Geriatriische und Neurologische Reha
Durchschnittliche Auslastung der Betten	92% 98%	Muskuloskelettale Reha Geriatriische und Neurologische Reha
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte	Rehabilitation im Kantonsspital	

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.	286	Anzahl Patienten im ganzen Jahr
Anzahl Pflgetage gesamt	22'713	
Bettenanzahl per 31.12.	66	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	79.4 Tage	
Durchschnittliche Auslastung	90.7%	
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte	Pflegezentrum	

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

D1-1-1 Patientenzufriedenheit stationäre Akutsomatik (PEQ09)

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Kantonsspital Schaffhausen
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen: Medizinische Klinik, Chirurgische Klinik, Orthopädische Klinik, Frauenklinik
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: alle akutsomatischen Stationen, ohne Rehabilitation

Messergebnisse	Mittelwert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84.8 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus den 3 Messbereichen berechnet.
Resultate pro Messbereich		
Ärzte	86.8 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Ärztliche Versorgung“
Pflege	85.4 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Pflegerische Versorgung und Betreuung“
Organisation	82.2 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Organisation, Management und Service“
Resultate pro Fachbereich		
Medizin	83.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Chirurgie	85.1 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
<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.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	<input type="text"/>	Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierter Kurzfragebogen; Durchführung der Befragung durch MECON		
Einschlusskriterien	alle Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen		
Ausschlusskriterien	ohne Kinder (<18 Jahre), Wöchnerinnen, Verlegungen (in anderes Akutspital)		
Rücklauf in Prozenten	48.7%		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: <input type="text"/>	

D1-1-2 Patientenzufriedenheit ambulante Psychiatrie (MüPF-ambulant)

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Psychiatriezentrum Breitenau HeGeBe
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen: Psychiatriezentrum Breitenau HeGeBe
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: Akutstationen, Rehabilitationsstation, Sozialpsychiatrischen Dienst, HeGeBe

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84.8 %	Die Erhebung erfolgte im Rahmen der MüPF-Benchmarkgruppe in der Psychiatrische Kliniken mit unterschiedlichen Patientenpopulationen vertreten sind. Das hier präsentierte Ergebnis ist nicht nach Merkmalen (Diagnosen, Freiwilligkeit des Klinikeintritts, Schweregrad der Krankheit etc.), welche das Ergebnis stark beeinflussen, gewichtet. Aus diesem Grund können die Ergebnisse dieser Klinik nicht ohne weitere Informationen mit Ergebnissen anderer Kliniken verglichen werden.
<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.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	MüPF-ambulant	Name des Messinstitutes	Dieser Fragebogen beruht auf dem Münsterlinger Patientenfragebogen für den stationären Bereich (MüPF-27) und dem Münsterlinger Patientenfragebogen für die Externen Psychiatrischen Dienste 2006. Erarbeitet von der MüPF-Benchmarkgruppe im März 2008. Die Auswertung erfolgt durch die Universität Neuenburg
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Schriftliche Befragung mit standardisiertem Fragebogen. Der Fragebogen enthält 25 Fragen zur ambulanten Behandlung. Die Patientinnen und Patienten bewerteten die Fragen auf einer Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 7 (= sehr gut).			
Einschlusskriterien	Alle ambulanten Patienten des Psychiatriezentrums und des HeGeBe, welche von Juni bis August 2009 eine ambulante Konsultation hatten.			
Ausschlusskriterien	Demenz-Diagnose			
Rücklauf in Prozenten	40.4 %			
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	-	

D1-1-3 Kundenzufriedenheit Medizinische Trainingstherapie

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Kantonsspital Schaffhausen
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: Medizinische Trainingstherapie (MTT)

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Medizinische Trainingstherapie (MTT)	86.8 %	Mittelwert der Zufriedenheit (5 ist die beste Beurteilung)
<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.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Befragung nach Zufriedenheit und Wichtigkeit / 1 ist die schlechteste und 5 die beste Beurteilung / Berechnung des Mittelwertes		
Einschlusskriterien	Patienten/-innen und Abonnenten/-innen der MTT die zur Zeit der Befragung trainieren oder trainiert haben		
Ausschlusskriterien	Falsch ausgefüllter Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten	Patienten/-innen 58% (n=165), Abonnenten/-innen 63% (n=566)		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: <input type="text"/>	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2002	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2002	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: 2008 Nächste Messung: laufend
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.
Spitalgruppen: an welchen Standorten? Kantonsspital	
Infektions-Messthema	Erfassung von Infekten in Anlehnung an das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) – Modul Intensivstation
Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis:
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
<input checked="" type="checkbox"/>	internes Instrument Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	externes Instrument Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

keine

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AQC (Qualitätssicherung in der Chirurgie)	B Chirurgie	A Umfassende Qualitätsdokumentation über Eintritte und Eingriffe	Status A Dauererfassung
SGIM (Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin)	B Medizinische Abteilung	A Registrierung jeder Komplikation bei jedem stationären Patienten	Status A Dauererfassung
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken.	B Gynäkologie, Geburtshilfe	A Flächendeckende Datenerfassung zu Diagnosen, Behandlungen, Operationen und Verlauf.	Status A Dauererfassung
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmaßnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input checked="" type="checkbox"/> nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input checked="" type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		„.....unfreiwilliges und / oder unkontrolliertes zu Boden sinken oder fallen“			
Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Kantonsspital und Pflegezentrum			
Gemessene Abteilungen:		Kantonsspital, Geriatrische Rehabilitation, Langzeitpflege			
Ergebnis gesamt:	469	Anteil mit Behandlungsfolgen:	0,63% (Frakturen)	Anteil ohne Behandlungsfolgen:	99,37%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Kantonsspital und Pflegezentrum	
Gemessene Abteilungen:		Kantonsspital, Geriatrische Rehabilitation, Langzeitpflege	
		Ergebnis gesamt:	Kantonsspital: 0.48% Rehabilitation: 3.7% Langzeit: 2.45% (auf 1000 Austritte)
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung	144	54	67	17	6
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.	48	21	24	2	1
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	Prävention und Behandlung von Druckulcera <ul style="list-style-type: none"> • Merkblätter Dekubitus und Dekubitusprävention, inkl. Braden-Skala und Massnahmenkatalog im Zusammenhang mit Gefährdung, Anleitung zu Mikrolagerungen • Pflegeplanung zur <ul style="list-style-type: none"> - Pflegediagnose Dekubitusgefährdung - Pflegediagnose Hautschädigung • Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> - Matratzen- und Sitzauflagen - dynamische Systeme - verschiedene Lagerungskissen • Wundkonzept KSSH und Wunddokumentation • Fortbildung <ul style="list-style-type: none"> - mind. 2-jährlich zur Prävention und Behandlung - jährlich Kinästhetik-Kurse und Fortbildungen 				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Zustandsvariable im LEP (KS) Wigagent (Reha und Langzeit)
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall	24,2% der Patienten erhielten freiheitseinschränkende Massnahmen. 6.3% erhielten mehr als eine freiheitseinschränkende Massnahme	Art der freiheitseinschränkenden Massnahmen: - Bettgitter - Netzhägli - Rollstuhlgestühl - Rollstuhltisch - Zewidecke - Overall - Bettgurt
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter	17% der Patienten hatten einen Dauerkatheter.	43 % der Katheterträger hatten einen suprapubischen Katheter
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input checked="" type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern:

Erhebungsmethode		Beschreibung
<input checked="" type="checkbox"/> Richtlinien bestehen	Spitalleitbild	Unsere Patientinnen und Patienten sind ein prominenter Punkt im Leitbild und es besteht eine Orientierungsschrift für die Pflege
	Standard Pflegeprozess	Eintritt, Pflegeplanung, unter Einbezug von Patienten und Angehörigen, ist geregelt
	Umgang mit verstorbenen Patienten	Regelt den Umgang nach dem Todeseintritt, bis hin zur weiteren Verlegung
	Ausgewählte Pflegediagnosen sind schriftlich vorhanden	z.B. Schmerz, Beschäftigungs-Defizit: Die Massnahmen beschreiben den Umgang mit speziellen Pflegeproblemen

F

Verbesserungsaktivitäten

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs-jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Labor	ISO 17025	1999	2009	– Bewilligung zur Entnahme von Blut für Transfusionen oder zur Herstellung von Arzneimitteln; Bewilligung zur Durchführung mikrobiologischer oder serologischer Untersuchungen an Blut, Blutprodukten oder Transplantaten zur Erkennung übertragbarer Krankheiten im Hinblick auf eine Transfusion, Transplantation oder Verarbeitung
	Swissmedic		2007 (gültig bis 2012)	
	BAG		2010	
Apotheke	PIC-Normen / GMP-Normen		2005	Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln und Zytostatika.
Wochenbett / Gebärsaal	Stillfreundliches Spital	1996	2007	
Sterilisation	Swissmedic Medizinproduktegesetz			Anwendung und Aufbereitung von Mehrweginstrumenten Materialhaftung
Rettungsdienst	Interverband für Rettungswesen			Das Verfahren zur Anerkennung des Rettungsdienstes ist in Vorbereitung
Medizintechnik	Swissmedic			Instandhaltung und Prozesse in der Medizintechnik

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Bettenstationen Kantonsspital und Pflegezentrum	Sturzprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und reduzieren von Stürzen und daraus resultierenden Verletzungen	seit 2003
Bettenstationen Kantons- spital und Pflegezentrum	Dekubitus- prävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und verhindern von Druckulcera	seit 2004
Bettenstationen Akutmedizin + Geriatrie	Pflegeprozess- Verantwortliche	Umsetzung Pflegeprozess, inkl. Pflegediagnostik (Coaching der Teammitglieder, erstellen von dokumentarischen Hilfsmitteln)	In Betrieb seit 2004
Bettenstationen Akutmedizin + Geriatrie	Arbeitsgruppe Pflegestandard	Erarbeiten, einführen und überprüfen von Pflegestandards und pflegerischen Richtlinien	In Betrieb seit 1999
alle medizinischen und pflegerischen Bereiche	CIRS	Aus Fehlern lernen: - Fehleranalyse - kritische Ereignisse erkennen - Auswege aus kritischen Situationen aufzeigen	bei ersten Bereichen seit 2006 in Betrieb, alle Bereiche seit 2010
Akutmedizin	Antibiotika-Gruppe	Empfehlungen für Antibiotika Therapien, Vermeidung multiresistenter Erreger	seit mehreren Jahren in Betrieb
Apotheke	Benchmark Antibiotika	Senkung des Antibiotika-Verbrauchs (Meldung des Antibiotika-Verbrauchs in gemeinsame Datenbank)	seit mehreren Jahren
Akutmedizin	Arbeitsgruppe Hygiene und Prävention	Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf Spitalhygiene, (Infektions-) Prävention, Epidemiologie sowie Arbeitssicherheit.	seit mehreren Jahren in Betrieb
Akutmedizin	Diabetes Mellitus	Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche interdisziplinäre Fragestellungen in Bezug auf die Diagnose und Behandlung des Diabetes mellitus.	seit mehreren Jahren in Betrieb
Akutmedizin und Geriatrie	Wundgruppe	Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf Wunden.	seit mehreren Jahren in Betrieb
Akutmedizin und Geriatrie	Ernährung	Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf die Ernährungssituation der Patienten im Akutspital und Geriatrie.	seit mehreren Jahren in Betrieb
Akutmedizin	Schmerz	Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf Schmerz.	seit mehreren Jahren in Betrieb

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
ganzer Betrieb	EFQM	Durchführung der Selbstbewertung und Erlangung des Qualitätslabels "Committed to Excellence" für Spitäler Schaffhausen	2009 bis 2010
Bettenstationen Akutmedizin + Geriatric	Evaluation Medikamentensicherheit	Ermitteln der Fehlerquote: Richten mit und ohne Blister Verbesserungsmassnahmen einleiten	Mai 2008 – August 2009
ganzer Betrieb	Papierlose Laboraufträge	Einführung eines papierlosen Labor-Verordnungsystems. Reduktion der Kosten für Auftragsformulare auf ca. 20 % Vereinfachung der Verordnung	Januar 2008 bis Januar 2009: Evaluation, Implementierung und Umsetzung auf Pilotstationen; 2009: Umsetzung im ganzen Akuthaus
ganzer Betrieb	Händehygiene und Hautschutzplan	Vermeidung von Infektionen	2008 – 2009
ganzer Betrieb	CIRS-Konzept	Systematische Bearbeitung von CIRS-Meldungen und Ableitung von Massnahmen	2009 – 2010
Anästhesie	Polyvalenz-Matrix	Gewährleistung der nötigen Kompetenzen der Mitarbeitenden an den technischen Geräten der Anästhesie	2009 – 2010
Psychiatrische Dienste	Wirkungsorientierte Behandlungspfade in der Psychiatrie	Entwicklung eines Standard- Behandlungspfades, welcher als Basis für diagnosespezifische Behandlungspfade dient.	2009 – 2010
Hotellerie	Verpflegungskonzept	Regelung der Verpflegungsbelange	2009 – 2010
Apotheke	Wissensdatenbank	Online-Bereitstellung von aktuellen und praxisrelevanten Informationen zu Medikamenten und deren Einsatz	2009 – 2010
ganzer Betrieb	Risikomanagement	Systematische Erfassung und Bewertung von Risiken sowie die Steuerung von Reaktionen auf festgestellte Risiken	2009 – 2010
Therapien	Patienten- und Kundenzufriedenheitsbefragung in der Med.Trainingstherapie (MTT)	Erfassung der Kunden- Zufriedenheit und Ableitung von Verbesserungsmassnahmen	2009
Rehabilitation	ICF in der Rehabilitation: Überarbeitung der Prozesse	Verbesserung der Prozesse und der Dokumentation	2009

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Patienten- und Kundenzufriedenheitsbefragung in der Med.Trainingstherapie (MTT)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Durch die systematische Erfassung der Patienten- und Kundenzufriedenheit erhalten wir konkrete Aussagen bezüglich der Qualität unserer Leistungen. Daraus werden wir Rückschlüsse ziehen und geeignete Massnahmen einleiten, um Mängel zu beheben und Anregungen umzusetzen.	
Beschreibung	Erhebung der Zufriedenheit und der Wichtigkeit verschiedener Kriterien / Berechnung des Mittelwertes / 1 ist die schlechteste und 5 die beste Beurteilung	
Projektablauf / Methodik	Die Fragebogen wurden anonym und durch die Therapeutin aktiv, d.h. mit der Bitte den Fragebogen auszufüllen, abgegeben. Sie erklärte auch das Vorgehen und die Wichtigkeit dieser Befragung. Der Fragebogen wurde anhand einer Excell-Datei ausgewertet. Auf eine Erhebung der demographischen Daten wurde verzichtet.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Medizinische Trainingstherapie (MTT)	
Involvierte Berufsgruppen	Physiotherapeuten/-innen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Parkplatzsituation sowie die Regelung des Parkkartensystems wurden kritisiert. Verbesserungen konnten umgesetzt werden Die Nasszellen der MTT wurden auch sehr kritisch beurteilt. Diese Situation konnte inzwischen durch bauliche Massnahmen entscheidend verbessert werden. Sehr geschätzt wird, dass die Patienten/-innen und Kunden/-innen ausschliesslich durch dipl. Physiotherapeutinnen betreut werden.	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	ICF in der Rehabilitation: Überarbeitung der Prozesse	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<p>Die ICF wird konsequent angewendet zur Feststellung der Rehabilitationsindikation, der funktionellen Diagnostik, der Interventionsplanung und der Evaluation der rehabilitativen Massnahmen.</p> <p>Der Komponente der Partizipation kommt eine zentrale Bedeutung zu und die Kontextfaktoren werden frühzeitig und konsequent in die Rehabilitationsarbeit miteinbezogen.</p> <p>Es wird eine gemeinsame, ICF-konforme Sprache und Nomenklatur in den verschiedenen Fachbereichen gebraucht und in interdisziplinären Rapporten und unseren Dokumentationen konsequent eingesetzt.</p> <p>Die Rehabilitationsplanung ist dementsprechend strukturiert.</p> <p>Die Dokumentation ist in allen Fachbereichen vereinheitlicht und baut auf den ICF-Definitionen auf.</p> <p>Die Gestaltung und Gewichtung der Rapporten sind strukturiert und basieren auf dem ICF-Modell.</p> <p>Die verwendeten Assessment-Instrumente sind ICF-konform.</p> <p>Die Berichterstattung ist vereinheitlicht und baut auf der gemeinsamen Sprache des ICF auf.</p>	
Beschreibung	<p>Durch Personalfuktuationen, einen Standortwechsel der Rehabilitation und keine konsequente Schulung des Personals entstand eine Unzufriedenheit im interdisziplinären Team. Die Prozesse wurden ineffizient, was bei der hohen Arbeitsbelastung zu weiterem Unmut führte. Durch die Überarbeitung der Prozesse kann heute wieder sehr strukturiert und effizient gearbeitet werden, was auch ein gutes Arbeitsklima zur Folge hat.</p>	
Projekttablauf / Methodik	<p>Die Prozesse wurden in einem dafür zusammengestellten, interdisziplinären Projektteam analysiert, überarbeitet und bei Bedarf angepasst. Organisation und Durchführung von Schulungen. Einsatz einer ICF-Verantwortlichen. Die Dokumentation der Prozesse wurde auf den neuesten Stand gebracht und allen am ICF-Prozess beteiligten Personen vermittelt.</p>	
Einsatzgebiet	<p><input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?</p> <p><input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Geriatrische- und Neurologische Rehabilitation</p>	
Involvierte Berufsgruppen	<p>Ärztlicher Dienst / Pflege / Sozial Dienst / Ergotherapie / Physiotherapie / Logopädie</p>	
Projektevaluation / Konsequenzen	<p>Die Rapporten wurden teilweise mit Supervision durchgeführt. Stichproben der Dokumentationen. Gespräch mit einzelnen Mitarbeitenden.</p> <p>Das Arbeitsklima ist besser geworden und die Arbeitsabläufe sind wieder allen bekannt und effizienter.</p>	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	Rüst- und Verordnungsfehler bei oralen Medikamenten	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die Fehlerquoten bei Verordnungen und beim Rüsten oraler Medikamente sind erhoben. Die Ergebnisse sind analysiert und mögliche Verbesserungen abgeleitet. Die Resultate sind im Kontext zur Literatur interpretiert. Alle eingeführten Verbesserungsmaßnahmen sind evaluiert.	
Beschreibung	Es wurde während 3 Monaten von einer Studentin, cand. BScN der Fachhochschule St.Gallen rund 10'000 Medikamente und 2'500 ärztliche Verordnungen erfasst und auf Medikamentenrüstfehler sowie Verordnungsfehler untersucht.	
Projekttablauf / Methodik	Phase 1: Erfassung einer repräsentativen und aussagekräftigen Stichprobe gerichteter („gerüsteter“) und bereits einmal kontrollierter, oraler Medikamente und einer Stichprobe ärztlicher Verordnung. Phase 2: Analyse der Daten mit Ableitung der Verbesserungsmaßnahmen. Präsentation der Daten und Diskussion der Verbesserungen in der Pflege und den Ärzten. Phase 3: Erfassung der Einflussfaktoren für Rüstfehler auf den Stationen (Kontextanalyse). Vergleich der Stationen hinsichtlich der Einflussfaktoren. Phase 4: Implementierung der Verbesserungsmaßnahmen für das Richten der Medikamente auf den Stationen. Evaluation der Blistereinführung. Phase 5: Re-Evaluation der gesamten umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen beim Richten der Medikamente	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Kantonsspital (ohne Rehabilitation) und Pflegezentrum	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Spitalhygiene, Apotheke	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Erstellen von Richtlinien für das Richten, Kontrollieren und Verteilen der fest verordneten Medikamente. Diese beinhalten für alle verbindliche Massnahmen sowie Empfehlungen zur Erhöhung der Medikamentensicherheit.	
Weiterführende Unterlagen		

2009 war wiederum ein sehr aktives und dynamisches Jahr. Verschiedene Aktivitäten und Projekte wurden - neben der Behandlung unserer Patienten - im Hinblick auf den bevorstehenden Systemwechsel in der Abgeltung stationärer Leistungen in 2012 weitergeführt oder neu initiiert. Der Fokus lag und liegt auf der Sicherstellung einer guten Behandlungs- und Dienstleistungsqualität, der Prozessoptimierung und der Stärkung der Zusammenarbeit mit unseren Partnerinnen. Die Arbeiten konnten Dank des grossen Engagements und der guten Zusammenarbeit unserer Mitarbeitenden erfolgreich angegangen werden.

Im Mittelpunkt der Qualitätsarbeit stand die Ausrichtung des Qualitätsmanagementsystems der Spitäler Schaffhausen nach dem europaweit anerkannten EFQM-Modell. Im Rahmen der Datenerhebung wurden Stärken und Verbesserungspotenziale formuliert und eine Punktebewertung für die gesamten Spitäler vorgenommen. Nach einer Priorisierung wählte die Spitalleitung daraus acht Verbesserungsprojekte aus, die weiterverfolgt werden. Drei davon werden im Sommer 2010 für das Qualitätslabel 'Committed to Excellence' validiert.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei **S**pitälern im **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch