

spitäler schaffhausen



Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
REHABILITATION
LANGZEITPFLEGE

Berichtsperiode: 2008

Spitäler Schaffhausen
Kantonsspital
Geissbergstrasse 81
8208 Schaffhausen

30.4.2009

Nach den Vorgaben von



Inhaltsverzeichnis AKUTSOMATIK

1	Inhaltsverzeichnis	6
2	Einleitung	7
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	8
3.1	Kontaktangaben	8
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	8
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	9
4	Kennzahlen	10
4.1	Versorgungsstufe	10
4.2	Personalressourcen	10
4.3	Fallzahlen	11
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	11
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	12
4.6	Top Ten- Eingriffe	12
4.7	Altersstatistik	13
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	13
4.9	Mortalitätszahlen	14
4.9.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung</i>	14
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	14
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	14
5	Zufriedenheitsmessungen	15
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	15
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	15
5.2.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	15
5.2.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	15
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	16
5.4	Zuweiserzufriedenheit	16
6	Qualitätsindikatoren	17
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	17
6.1.1	<i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape</i>	17
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation</i>	17
6.2	Infektionen	17
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	17
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	18
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	18
6.3	Komplikationen	18
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	18
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	19
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	20
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	20
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	20
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	21
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	21
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	21
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	22
7	Qualitätsaktivitäten	23
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	23
7.2	Übersicht über laufende Aktivitäten	24
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	25
8	Schlusswort und Ausblick	26
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27

Inhaltsverzeichnis REHABILITATION

1	Inhaltsverzeichnis.....	30
2	Einleitung.....	31
3	Q-Konzept des Betriebes im Überblick.....	32
3.1	Kontaktangaben.....	32
3.2	Q-Struktur, Organe und Verantwortliche.....	32
3.3	Q-Instrumente, Bemerkungen.....	32
3.4	Weitere Q-relevante Strukturen: Liste und Kommentare.....	32
3.5	Kommentare.....	32
4	Leistungskennzahlen / Art und Intensität der Behandlung.....	33
4.1	Durchschnittlich betriebene Betten pro Rehabilitations-Kategorie.....	33
4.2	Stationäre Angebote und deren Fallzahlen pro Jahr.....	33
4.3	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer.....	33
4.4	Austritte gesamthaft.....	34
4.5	Assessmentinstrumente.....	34
4.6	Behandlungszeit der Therapien.....	34
5	Altersstatistik.....	35
6	Behandlungs- und Therapieangebot.....	36
7	Spezielle therapeutische und medizintechnische Ressourcen.....	36
7.1	Übersichtstabelle.....	36
7.2	Kommentare.....	36
8	Zufriedenheitsmessungen.....	37
8.1	Patientenzufriedenheit.....	37
8.2	Mitarbeiterzufriedenheit.....	38
8.3	Zuweiserzufriedenheit.....	38
8.4	Kommentare.....	38
9	Ergebnisqualitätsmessungen.....	39
9.1	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation.....	39
10	Personalressourcen.....	40
10.1	Personalstatistik gemäss BfS.....	40
10.2	Stellen pro 100 betriebene Betten und Fachrichtung.....	40
10.3	Durchschnittliche Vollstellen pro Therapieangebot.....	40
10.4	Kommentare.....	40
11	Qualitätsaktivitäten.....	41
11.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard.....	41
11.2	Übersicht über laufende Aktivitäten.....	41
11.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	42
12	Schlusswort und Ausblick.....	42
13	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	43

Inhaltsverzeichnis LANGZEITPFLEGE

1	Inhaltsverzeichnis.....	45
2	Einleitung.....	46
3	Q-Konzept der Institution im Überblick.....	47
3.1	Kontaktangaben.....	47
3.2	Q-Struktur, Organe und Verantwortliche.....	47
3.3	Q-Instrumente, Bemerkungen.....	48
3.4	Weitere Q-relevante Strukturen: Liste und Kommentare.....	48
3.5	Kommentare.....	48
4	Leistungsnachweis & Schweregradkriterien	49
4.1	Kommentare.....	49
5	Altersstatistik	50
6	Therapieangebot	50
7	Zufriedenheitsmessungen.....	51
7.1	Gesamtzufriedenheit der Patienten / Bewohner	51
7.2	Detaillierter Ausweis.....	51
7.3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	51
7.4	Zuweiserzufriedenheit.....	52
8	Qualitätsindikatoren.....	53
8.1	Umgang mit den BewohnerInnen und Bewohnern	53
8.2	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	53
8.3	Pflegeindikator Dekubitus	53
8.4	Pflegeindikator Stürze	54
8.5	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter.....	54
8.6	Auswertung Indikatoren-Sets	54
8.7	Kommentare.....	54
9	Personalressourcen	55
9.1	Weitere Berufsgruppen: Nennung	55
9.2	Kommentare.....	55
10	Qualitätsaktivitäten	56
10.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard.....	56
10.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten.....	56
10.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	57
11	Schlusswort und Ausblick.....	58
12	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	59

spitäler schaffhausen



Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK

Berichtsperiode: 2008

**Spitäler Schaffhausen
Kantonsspital
Geissbergstrasse 81
8208 Schaffhausen**

30.4.2009

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

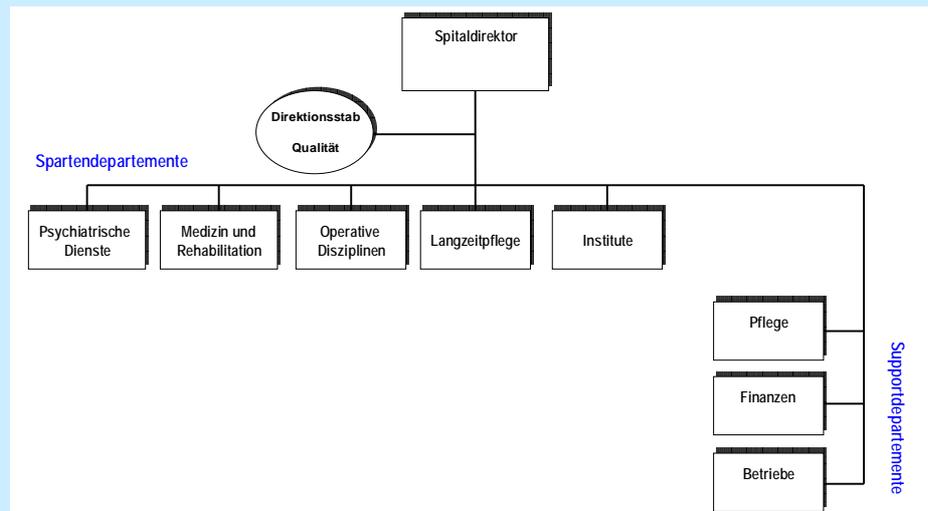
Inhaltsverzeichnis AKUTSOMATIK

1	Inhaltsverzeichnis.....	6
2	Einleitung.....	7
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	8
3.1	Kontaktangaben.....	8
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	8
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital.....	9
4	Kennzahlen	10
4.1	Versorgungsstufe.....	10
4.2	Personalressourcen	10
4.3	Fallzahlen.....	11
4.4	Weitere Leistungskennzahlen.....	11
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	12
4.6	Top Ten- Eingriffe	12
4.7	Altersstatistik.....	13
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives.....	13
4.9	Mortalitätszahlen.....	14
4.9.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung.....</i>	14
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios.....</i>	14
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital.....</i>	14
5	Zufriedenheitsmessungen.....	15
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen.....	15
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	15
5.2.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung.....</i>	15
5.2.2	<i>Detaillierter Ausweis.....</i>	15
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	16
5.4	Zuweiserzufriedenheit.....	16
6	Qualitätsindikatoren.....	17
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte).....	17
6.1.1	<i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape.....</i>	17
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation.....</i>	17
6.2	Infektionen.....	17
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ.....</i>	17
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen.....</i>	18
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen.....</i>	18
6.3	Komplikationen.....	18
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen.....</i>	18
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen.....</i>	19
6.4	Pflegeindikator „Stürze“.....	20
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen.....</i>	20
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen.....</i>	20
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	21
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen.....</i>	21
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen.....</i>	21
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren.....	22
7	Qualitätsaktivitäten.....	23
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard.....	23
7.2	Übersicht über laufende Aktivitäten	24
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	25
8	Schlusswort und Ausblick.....	26
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	27

2 Einleitung

Die Spitäler Schaffhausen 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.

Im vorliegenden Qualitätsbericht wird ausschliesslich die Akutsomatik dargestellt. Für die Langzeitpflege, die Klinik für Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation sowie die Psychiatrischen Dienste bestehen separate Qualitätsberichte.



Unsere 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 Spitäler 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 Spitäler 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. Das Modell ermöglicht es, die vielfältigen Verbesserungsaktivitäten einzuordnen und systematisch anzugehen und umzusetzen. Mit dem bewährten Vorgehen zur Situationsanalyse bietet es eine gute Unterstützung bei der Identifikation wichtiger Themen und der Priorisierung von Massnahmen.

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

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Urs Wanner	052 634 28 84	urs.wanner@breitenau.ch	Direktionsstab – Projekte und Qualität / Qualitätsbeauftragter
Arend Wilpshaar	052 634 28 69	arend.wilpshaar@kssh.ch	Leiter Direktionsstab / Mitglied Spitalleitung

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Urs Wanner	052 634 28 84	urs.wanner@breitenau.ch	Direktionsstab – Projekte und Qualität / Qualitätsbeauftragter	80 %
Madeleine Holenstein	052 634 28 77	madeleine.holenstein@kssh.ch	Pflegeexpertin / CIRS Gruppenverantwortliche	40 %
Dr. Claudia Gräflein	052 634 24 17	claudia.graeflein@kssh.ch	Klinische Pharmazie	20 %
Marianne Wehrli	052 634 24 23	marianne.wehrli@kssh.ch	Abteilungsleiterin Mikrobiologie, QM-Verantwortliche Labor, Biosicherheitsverantwortliche	25 %
Reto Savoca	052 634 24 14	reto.savoca@kssh.ch	Leiter Labor, Stv. QM Verantwortlicher Labor	5 – 10 %
Dr. Kirstin Hergel	052 634 85 55	kirstin.hergel@kssh.ch	Oberärztin Anästhesie / Hämovigilanz	
wird aktuell neu besetzt			Materiovigilanz	
Dr. Hans Jörg Röhm	052 634 25 04	hansjoerg.roehm@kssh.ch	Oberarzt Anästhesie / CIRS Gruppenverantwortlicher	
Bruno Bauer	052 634 25 30	bruno.bauer@kssh.ch	Leiter Intensivpflege / CIRS Gruppenverantwortlicher	
Nadine Aschenbrenner	052 634 25 11	nadine.aschenbrenner@kssh.ch	Spitalhygiene	80 %
Christian Conrad	052 634 25 10	christian.conrad@kssh.ch		40 %
Walter De Ventura	052 634 28 55	walter.deventura@kssh.ch	Arbeitssicherheit	50 %

3.3 *Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital*

Das Qualitätsmanagement ist durch verschiedene Personen direkt in den betreffenden Fachbereichen vertreten. Die Koordination für zentrale Themen erfolgt über den Qualitätsbeauftragten im Direktionsstab.

Es bestehen Arbeitsgruppen zu einzelnen Themen, welche sich regelmässig treffen und Richtlinien erarbeiten sowie bei Fragestellungen beraten. Beispiele der Arbeitsgruppen sind: Schmerz, Diabetes Mellitus, Ernährung, Hygiene, Antibiotika etc.

Schliesslich wird in den einzelnen Berufsgruppen durch regelmässige interne wie auch externe Schulungen das Fachwissen aktuell gehalten.

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegärzte etc.)
Ärzte	76.1	Chefärzte, Leitende Ärzte, Ober- und Assistenzärzte
Pflege	246.39	Kaderpersonal, Pfleger, Pflegeassistenten, Pflege-Hilfspersonal
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	209.82	Notfall, Gebärsäle, Physiotherapie, Apotheke etc.
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	130.81	Verwaltung, Ökonomie, Transportdienst, Reinigung, Technischer Dienst etc.
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	25.06	FAGE, Pflegefachfrau/-mann HF, Pflege-Assistent/in, Kauffrau/-mann. Auszubildende sind in den obigen Zeilen nicht enthalten

Kommentar zu den Personalressourcen

Durchschnittlicher Personalbestand der Spitäler Schaffhausen, exkl. Mitarbeitende der Psychiatrischen Dienste
 Totalbeschäftigte (Anzahl Köpfe) per 31. Dezember 2008 = 1'138

4.3 Fallzahlen

Datenquelle								
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik				<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung		
Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen	
	Alter	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65		66 -
Innere Medizin	20	1261	1'673	692	1'699	303	inkl. Rheumatologie	
Chirurgie	88	1'697	1'326	1'199	3'175	529	Chirurgie, Ophthalmologie (Augenheilkunde) und Oto-, Rhino-, Laryngologie (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde)	
Gynäkol. + Geb.hilfe	722	1'301	139	17	426	16	inkl. gesunde Säuglinge	
Pädiatrie	255	0	0	8				
Med.techn. und diag. Amb.				466	8'826	4'352		
Gesamt	1'085	4'259	3'138	2'382	14'126	5'200		
Kommentar zu den Fallzahlen								
Stationärer Bereich gem. BFS; ambulant nach eigener Erhebung								

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle		
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input type="checkbox"/> Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	63'727	Inkl. gesunde Säuglinge
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.99	
Geburten (stationär und ambulant)	717	
Operationen stationär	3'969	
Operationen ambulant und teilstationär	2'279	
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen		

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	303	3.27	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
2	238	2.57	Z74.8	Sonstige Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit
3	234	2.53	O80.0	Spontangeburt aus Schädellage
4	129	1.39	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration
5	111	1.20	P92.0	Erbrechen bei Neugeborenen
6	109	1.18	K35.9	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet
7	105	1.13	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
8	99	1.07	I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
9	95	1.03	S06.0	Gehirnerschütterung
10	93	1.00	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	245	4.20	10193	andere Operationen an der Hand
2	194	3.33	10050	Andere Operationen am Integument (Haut, Subkutis)
3	193	3.31	10056	Sectio
4	151	2.59	10158	Arthroskopie Knie
5	151	2.59	9958	Laparoskopische Cholezystektomie
6	144	2.47	9963	Laparoskopie in Verbindung mit anderen Eingriffen
7	124	2.13	9954	Laparoskopische Appendektomie
8	118	2.02	9941	Andere urologische Massnahmen: diagnostisch & operativ
9	117	2.01	9955	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremitäten (bds: kodierte zweimal)
10	114	1.96	10184	andere Operationen am Fuss
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				

4.7 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	530	515
2	2 bis 4	284	197
3	5 bis 9	352	222
4	10 bis 14	407	255
5	15 bis 19	750	544
6	20 bis 24	686	829
7	25 bis 29	647	893
8	30 bis 34	617	875
9	35 bis 39	609	968
10	40 bis 44	706	1006
11	45 bis 49	742	1174
12	50 bis 54	861	1411
13	55 bis 59	783	1379
14	60 bis 64	919	1263
15	65 bis 69	895	1153
16	70 bis 74	745	1065
17	75 bis 79	682	982
18	80 bis 84	484	677
19	85 bis 89	240	442
20	90 bis 94	67	113
21	95 und älter	6	21
Gesamt		12'012	15'984

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0.887
Definition des Case-Mix-Index	Summe der Kostengewichte dividiert durch die Anzahl der Fälle
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	4'456	
Notfälle ambulant und teilstationär	7'917	
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	2'738	
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	–	
Verlegungen in ein anderes Spital	223	
Austritte nach Hause	7'193	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	1'066	
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Resultate	
–	
Kommentar	

4.9.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios
<p>Die vom BAG errechneten Mortalitätszahlen lassen keine Aussage über die Qualität im Spital zu. Es fehlt die Berücksichtigung der Komorbidität und der unterschiedlichen Aufträge der Spitäler, um Vergleiche zwischen den Spitälern zu machen. Entscheidend wäre auch die Erhebung der Mortalität mehrere Tage nach Spitalaustritt.</p> <p>Aus diesem Grund haben sich die Spitäler Schaffhausen dazu entschieden, die Mortalitätsraten vorerst nicht zu veröffentlichen. Ansonsten könnte sich eine Diskussion über (Schein-)Qualität in den Medien entfachen, welche die Patienten eher verunsichert und einen unbegründeten Imageschaden verursachen könnte.</p> <p>Der Vergleich von Qualitätsindikatoren wird damit jedoch ausdrücklich nicht in Frage gestellt, vielmehr wird auf gültige und wirklich vergleichbare Daten Wert gelegt.</p>

4.9.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)
	<p>Sterbebegleitung und Mitwirkung bei der Gestaltung von Abschieden durch die spitalinterne Seelsorge. Im Pflegehandbuch ist das Vorgehen und Verhalten bei der Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase definiert.</p> <p>Angehörige werden beim letzten Abschiednehmen ihres Verstorbenen (Aufbahrung) begleitet.</p>

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen	–	–	–	Der PEQ wird im Jahr 2009 eingesetzt

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Mecon	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Patientenbefragung (nach stationärem Aufenthalt)	standardisierter Fragebogen	Okt. 2007 – Feb. 2008	alle 2 Jahre	2'024 Fragebogen versandt

5.2.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	Ja, auf jeden Fall	78%
	Ja, wahrscheinlich	19%
	Nein, eher nicht	3%

5.2.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Bereiche / Abteilungen	Wert [Index]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	87.0 Punkte	
Bereich Pflege	84.9 Punkte	
Bereich Organisation	80.9 Punkte	
Bereich Essen	76.9 Punkte	
Bereich Wohnen	84.1 Punkte	
Bereich Öffentliche Infrastruktur	86.5 Punkte	
Total (=gewichtetes Mittel über alle Bereiche)	84.7 Punkte	
nur Abteilung Medizin (Total)	82.5 Punkte	
nur Abteilung Chirurgie (Total)	86.0 Punkte	
nur Abteilung Orthopädie (Total)	87.0 Punkte	
nur Abteilung Urologie (Total)	87.0 Punkte	
nur Abteilung Gynäkologie (Total)	86.6 Punkte	
nur Abteilung Geburten (Total)	84.2 Punkte	
Kommentar		
<p>Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Patientinnen und Patienten wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkte (alle Patienten geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkte (alle Patienten geben die beste Antwort) reicht.</p> <p>Die Resultate der Patientenbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Dienstleistungen des Spitals.</p>		

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
–	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	–	–	–	–	ist in Planung

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	–	
Pflege	–	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	–	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	–	
Gesamtinstitution	–	
Kommentar		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
–	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	–	–	–	–	ist in Planung

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution		
Kommentar		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
eigene Erhebung	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Es werden die Wiedereintritte inner 7 Tagen ausgewiesen	2008	jährlich	Daten zu Wiedereintritten innert 30 Tagen werden nicht erhoben.

Resultate

Von 8'482 Austritten, kam es innert 7 Tagen zu 115 Wiedereintritten, was einer Rate von 1.4 % entspricht.

Kommentar

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Gallenblase		
<input type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/>	Hernieoperation		
<input type="checkbox"/>	Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie		
<input type="checkbox"/>	Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/>	Kniegelenksprothesen		

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
eigenes System	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Erfassung von Infekten in Anlehnung an das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) – Modul Intensivstation	2008	laufend	

Resultate
–
Kommentar
Die Daten dienen der eigenen Überwachung auf der Intensivstation und sind nicht öffentlich.

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	Diverse Richtlinien für Spitalhygiene (z.B. Intravasale Katheter, Urindrainagesysteme, OPS-Richtlinien etc.)

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen
	Begriffsdefinition „Komplikation“
	Unvorgesehene Verläufe, die die Hospitalisation verlängern, eine erneute Behandlung nach sich ziehen oder einen bleibenden Schaden für den Patienten zur Folge haben.

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
AQC	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) zur Erhebung von Patientendaten, Eintrittsart, Diagnosen, Eingriffsdaten, Komplikationen etc.	laufend	laufend	

Resultate
Sind nicht öffentlich. Benchmark der teilnehmenden Spitäler für internen Gebrauch.
Kommentar
Unter dem Titel AQC haben sich chirurgische Kliniken der Schweiz zusammengeschlossen, um gemeinsam Statistiken über Eintritte und Eingriffe zu erstellen und dank Vergleich untereinander zur Qualitätssicherung zu nutzen. AQC wertet die Daten aus und stellt diese den beteiligten Spitälern zur Verfügung. Innerhalb der Chirurgie werden die Ergebnisse besprochen und allfällige Massnahmen abgeleitet.

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Verein Komplikationenliste Chefärztereinigung SGIM	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	Registrierung jeder Komplikation bei jedem stationären Patienten	Kontinuierlich	

Resultate
Sind nicht öffentlich. Benchmark der teilnehmenden Spitäler für internen Gebrauch.
Kommentar
Der Verein Komplikationenliste führt ein Register über die Komplikationen, die in Kliniken für Innere Medizin als Folge der Behandlung auftreten. Solche Ereignisse werden von Experten kommentiert und den Schweizer Spitalern zur Kenntnis gebracht, damit diese vorbeugende Massnahmen treffen können. Die Resultate werden spitalintern besprochen und allfällige Schulungen durchgeführt oder Massnahmen abgeleitet.

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken. Erfasst werden Diagnosen, Behandlungen, Operationen und Verlauf. Daten fliessen in eine landesweite, vollständig anonymisierte Datenbank.	laufend	laufend	Die Auswertungen betreffen die Jahresstatistik, die Morbiditätsanalyse und die Qualitätskontrolle

Resultate
Die Resultate sind nicht öffentlich.
Kommentar
–

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und –instrumente:
	Critical Incident Reporting System (CIRS): System zur Meldung kritischer Zwischenfälle mit Beinaheschaden. die Meldungen werden bearbeitet und daraus gegebenenfalls für Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze
	Begriffsdefinition „Sturz“ „... unfreiwilliges und / oder unkontrolliertes zu Boden sinken oder fallen“

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
eigenes	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzprotokoll Erfassung mittels Sturzprotokoll und laufende Auswertung	laufend	monatlich + jährlich	Auswertungen: pro Station, pro Klinik und Akutmedizin gesamt

Resultate					
Bereich	Anzahl Stürze / 1000 Pflgetage	Verletzungsindex, inkl. Schmerzen	Anzahl schwerer Verletzungen		
Akutmedizin gesamt	5,2	40%	Fraktur	4	
			Luxation	1	
Innere Medizin, inkl. Rheumatologie	6,7	45%	Fraktur	1	
Operative Abteilungen, exkl. Wochenbett	2,8	36%	Fraktur	2	
			Luxation	1	
Geriatrische Rehabilitation	9,2	35%	Fraktur	1	

Kommentar

Im gesamten Akutbereich werden Stürze seit 2004 erfasst und ausgewertet. Die Auswertungen werden monatlich den Stationen kommuniziert und falls nötig Massnahmen initiiert (Fortbildung, Hilfsmittelanschaffung, z.B. Bodenbett, etc.). Seit mit der Erfassung begonnen wurde, bewegen sich die Werte zwischen 3,8 – 5,3 Stürze / 1000 Pflgetage (vergleiche: Schwendimann R., 2000: 2,9 -8,9 Stürze / 1000 Pflgetage).

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Pflegehandbuch - Merkblatt Sturz und Sturzprävention - Merkblatt Pflege am Boden (Bodenpflege) - Pflegeplanung zur Pflegediagnose Sturzgefährdung Hilfsmittel - Bodenbett - Bewegungsmatten - Leuchtknöpfe Fortbildung - mind. 2-jährlich (und bei Bedarf Stationsintern) - separat für Diplomierete und Pflegehilfen

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
eigenes	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Zustandsvariable im LEP Erfassung aller Patienten bei Eintritt und Austritt (Dekubitus nein oder ja (Grad 1-4))	laufend	monatlich + jährlich	Auswertungen: pro Station, pro Klinik und Akutmedizin gesamt

Resultate				
Bereich	Anzahl Dekubitalulcera / 1000 Eintritte		Anzahl der im Spital entstandener oder sich verschlechterter Dekubitalulcera / 1000 Austritte	
	inkl. Grad 1	ohne Grad 1	inkl. Grad 1	ohne Grad 1
Akutmedizin gesamt	15,5	8,6	8,4	4,2
Innere Medizin, inkl. Rheumatologie	22,4	11,1	10,8	4,06
Operative Abteilungen, exkl. Wochenbett	4,46	3,9	3,3	2,06
Geriatrische Rehabilitation	88,8	55,5	27,9	22,3
Kommentar				

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
Beschreibung der Präventionsmassnahmen	
Pflegehandbuch - Merkblätter Dekubitus und Dekubitusprävention, inkl. Braden-Skala, Massnahmenkatalog im Zusammenhang mit Gefährdung, Anleitung zu Mikrolagerungen - Pflegeplanung zur Pflegediagnose Dekubitusgefährdung - Pflegeplanung zur Pflegediagnose Hautschädigung Hilfsmittel - Matratzen- und Stuhlaufgaben, dynamische Systeme, verschiedene Lagerungskissen - Wundkonzept KSSH, Wunddokumentation Fortbildung - mind. 2-jährlich (und bei Bedarf Stationsintern)	

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert				

Resultate
Kommentar

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Labor	ISO 17025	1999	2008	–
	Swissmedic		2007 (gültig bis 2012)	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
	BAG		gültig bis 2010	Anerkennung als mikrobiologisches und serologisches Laboratorium
Apotheke	PIC-Normen / GMP-Normen		2005	Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln und Zytostatika.
Wochenbett / Gebärsaal	Stillfreundliches Spital	1996	2007	
Sterilisation	Swissmedic Medizinprodukte- gesetz			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

7.2 Übersicht über laufende Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Bettenstationen Akutmedizin + Geriatric	Pflegeprozess-Verantwortliche	Umsetzung Pflegeprozess, inkl. Pflegediagnostik (Coaching der Teammitglieder, erstellen von dokumentarischen Hilfsmitteln)	In Betrieb seit 2004
Bettenstationen Akutmedizin + Geriatric	Arbeitsgruppe Pflegestandard	Erarbeiten, einführen und überprüfen von Pflegestandards und pflegerischen Richtlinien	In Betrieb seit 1999
Anästhesie, Gynäkologie / Geburtshilfe, Innere Medizin, Labor, Intensivstation, Pflege	CIRS	Aus Fehlern lernen: - Fehleranalyse - kritische Ereignisse erkennen - Auswege aus kritischen Situationen aufzeigen	bei ersten Bereichen seit 2006 in Betrieb
Akutmedizin	Antibiotika-Gruppe	Empfehlungen für Antibiotika Therapien, Vermeidung multiresistenter Erreger	seit mehreren Jahren in Betrieb
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 Geriatric	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 Geriatric.	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
Kommentare			

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
ganzer Betrieb	EFQM	Durchführung der zweiten 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-Verordnungssystems. 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
Kommentare			

→ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8 Schlusswort und Ausblick

Aktuell stehen die Spitäler Schaffhausen mitten in der Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell. Aus der Analyse werden weitere Verbesserungspotentiale ersichtlich und daraus Massnahmen abgeleitet werden. Gleichzeitig stehen wichtige Projekte im Zusammenhang mit der Infrastruktur und Optimierung von Prozessen an.

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Papierlose Laboraufträge	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einführung eines papierlosen Labor-Verordnungssystems. Die Papierauftragsformulare werden nur noch für Computerausfälle und für externe Einsender beibehalten. Reduktion der Kosten für Auftragsformulare auf ca. 20 %, Vereinfachung der Verordnung (wird direkt vom Arzt am PC vorgenommen > Ausdruck der Röhrchenetiketten direkt vor Ort auf Station möglichst auf den bereits vorhandenen Etikettendruckern).	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Verminderung von Verwechslungsmöglichkeiten (z.B. bei der Erfassung im Labor und auch auf Station) durch massive Reduktion der benötigten Etiketten	
Projektlauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abklärung Machbarkeit und Kosten verschiedener Varianten (IX-Serv oder RAP/DIS) ▪ Können die vorhandenen Etikettendrucker auf den Stationen verwendet werden? ▪ Entscheid für eine Variante ▪ Auswirkungen auf die heutigen Abläufe der Abteilungen aufzeigen ▪ Umsetzungsplan entwickeln: Parametrierung, Bestimmen von Stationen für einen Pilotbetrieb ▪ Umsetzung im ganzen Spital (2009) 	
Projektergebnisse	Gute Akzeptanz bei den Pilotstationen (subjektive Arbeitserleichterung?), klar merkliche Entlastung bei der Auftragserfassung im Labor, Rückgang bei Verwechslungen kann nicht beurteilt werden (gleichzeitig deutliche Zunahme der Patienteneintritte/Laboraufträge) – im Labor mit wenigen Ausnahmen keine Verwechslungen mehr möglich (Röhrchen sind direkt von der Station identifiziert).	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Gruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Langzeitpflege	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Arztdienst, Pflegedienst, Labor, Informatik/Medizininformatik	
Projektevaluation / Konsequenzen	Weitere Verbesserungsmöglichkeiten: Aufruf des Laborprogramms immer direkt aus der elektronischen Krankengeschichte (noch nicht vorhanden) Überprüfung der Patientenidentität mittels Scanner und Patientenarmband (noch nicht vorhanden) Dies würde Verwechslungen zu 99% ausschliessen!	
Weiterführende Unterlagen	–	

Projekttitlel	Evaluation Medikamentensicherheit	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermitteln der Fehlerquote: Richten mit und ohne Blister ▪ Verbesserungsmassnahmen einleiten 	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Schaffung einer Datengrundlage, um Möglichkeiten für Verbesserungsmassnahmen hinsichtlich Sicherheit beim Richten von Medikamenten zu erhalten.	
Projektablauf / Methodik	Dokumentenanalyse und Beobachtung der Richtmethoden.	
Projektergebnisse	Es stellte sich heraus, dass die Anzahl und Vielfalt von Fehlern beim Richten ohne Blister ansteigt.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Gruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Bettenstationen Akutmedizin + Geriatrie	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Apotheke	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Konsequenz: Alle Medikamente werden neu mit Blister gerichtet. Aufgrund der Ergebnisse wird das Projekt weitergeführt und weitere Datenerhebungen wie auch eine Literaturrecherchen für Verbesserungsmassnahmen durchgeführt.	
Weiterführende Unterlagen	–	

spitäler schaffhausen



Qualitätsbericht 2008

REHABILITATION

Berichtsperiode: 2008

**Spitäler Schaffhausen
Kantonsspital
Geissbergstrasse 81
8208 Schaffhausen**

30.4.2009

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis.....	30
2	Einleitung.....	31
3	Q-Konzept des Betriebes im Überblick.....	32
3.1	Kontaktangaben.....	32
3.2	Q-Struktur, Organe und Verantwortliche.....	32
3.3	Q-Instrumente, Bemerkungen.....	32
3.4	Weitere Q-relevante Strukturen: Liste und Kommentare.....	32
3.5	Kommentare.....	32
4	Leistungskennzahlen / Art und Intensität der Behandlung.....	33
4.1	Durchschnittlich betriebene Betten pro Rehabilitations-Kategorie.....	33
4.2	Stationäre Angebote und deren Fallzahlen pro Jahr.....	33
4.3	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer.....	33
4.4	Austritte gesamthaft.....	34
4.5	Assessmentinstrumente.....	34
4.6	Behandlungszeit der Therapien.....	34
5	Altersstatistik.....	35
6	Behandlungs- und Therapieangebot.....	36
7	Spezielle therapeutische und medizintechnische Ressourcen.....	36
7.1	Übersichtstabelle.....	36
7.2	Kommentare.....	36
8	Zufriedenheitsmessungen.....	37
8.1	Patientenzufriedenheit.....	37
8.2	Mitarbeiterzufriedenheit.....	38
8.3	Zuweiserzufriedenheit.....	38
8.4	Kommentare.....	38
9	Ergebnisqualitätsmessungen.....	39
9.1	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation.....	39
10	Personalressourcen.....	40
10.1	Personalstatistik gemäss BfS.....	40
10.2	Stellen pro 100 betriebene Betten und Fachrichtung.....	40
10.3	Durchschnittliche Vollstellen pro Therapieangebot.....	40
10.4	Kommentare.....	40
11	Qualitätsaktivitäten.....	41
11.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard.....	41
11.2	Übersicht über laufende Aktivitäten.....	41
11.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	42
12	Schlusswort und Ausblick.....	42
13	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	43

2 Einleitung

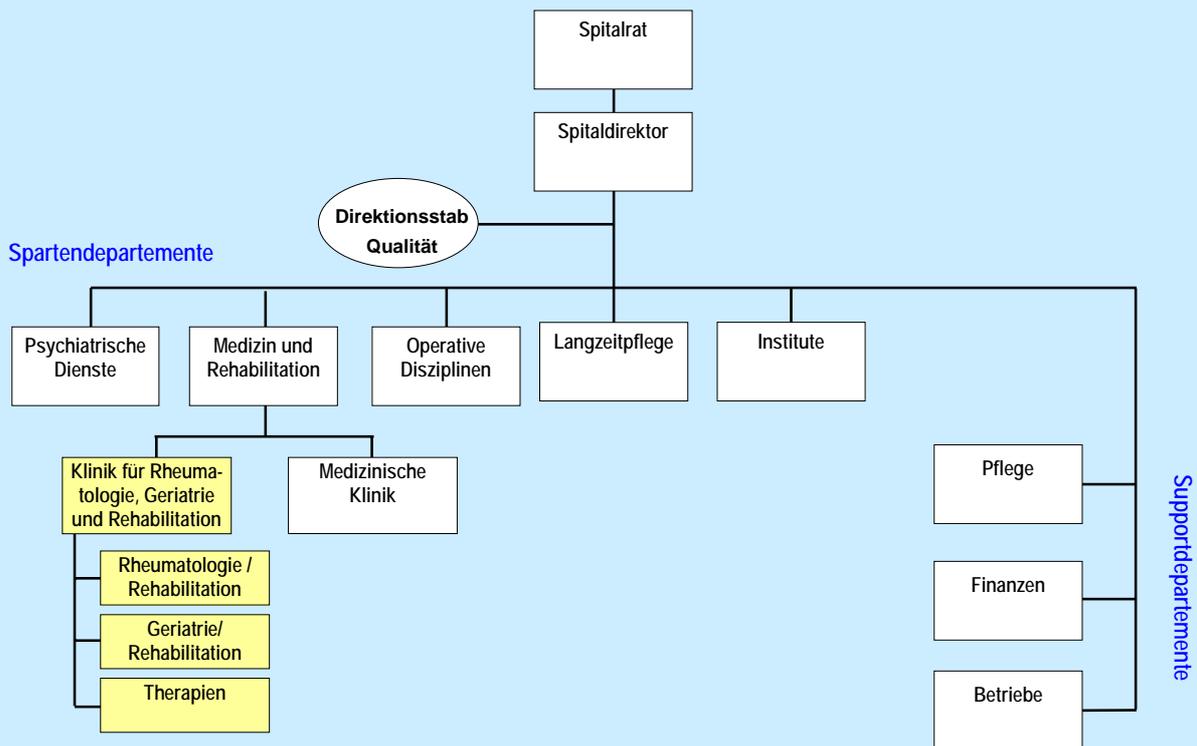
Die Rehabilitation ist eine Klinik innerhalb des Departements Medizin und Rehabilitation der Spitäler Schaffhausen.

Rehabilitation ist der koordinierte Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, die den Betroffenen das Erreichen einer grösstmöglichen Eigenaktivität ermöglicht und zu einer weitestgehend unabhängigen Teilnahme an allen Lebensbereichen verhilft, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.

Diesen Zielsetzungen entsprechend besteht unser Rehabilitationsteam aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen und umfasst Ärzte, Physio- und Ergotherapeuten, Aktivierungstherapeuten, Logopäden, Pflegefachleute, Psychiater und Psychologen, Sozialarbeiter und bei Bedarf auch andere Berufsleute.

Unser interdisziplinäres Therapie-Team arbeitet schwerpunktmässig in den folgenden Bereichen:

- Stationäre Rehabilitation am Bewegungsapparat
- Stationäre Rehabilitation nach orthopädisch-chirurgischen und chirurgischen Eingriffen
- Stationäre, tagesstationäre und ambulante Rehabilitation oder Therapien
- Wassertherapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Beratung, Schulung und Information



3 Q-Konzept des Betriebes im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Q-Berichts-Team	Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail
Qualitätsverantwortlicher (Zust. in der Geschäftsleitung)	Arend Wilpshaar	052 634 28 69	arend.wilpshaar@kssh.ch
Qualitätsbeauftragter oder -manager	Urs Wanner	052 634 28 84	urs.wanner@breitenau.ch
Datenverantwortlicher	Prof. Dr. med. Thomas Stoll *	052 634 25 15	thomas.stoll@kssh.ch
Weitere Mitglieder im Team	–		

3.2 Q-Struktur, Organe und Verantwortliche

Angaben	Stellenprozente: Qualitätsbeauftragter: 80 % für ganze Spitäler Schaffhausen Pflegeexpertinnen: 40 % für Akutsomatik inkl. Rehabilitation
Bemerkungen	Die Qualitätsverantwortung ist Teil der Führungsaufgabe

3.3 Q-Instrumente, Bemerkungen

Angaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRS (Critical Incident Reporting System) zur Meldung von Beinahe-Zwischenfällen ▪ Sturzerfassung zur Sturzprävention ▪ Dekubituserfassung zur Dekubitusprävention ▪ SF36 zur Gesundheitszustandsmessung im Verlauf ▪ GAS zum zielorientierten Arbeiten ▪ Zielvereinbarungskonferenz zum zielorientierten Arbeiten ▪ Tinetti zur Verlaufsmessung (Sturzrisiko) ▪ Chedoke-McMaster Stroke Assessment zur Verlaufsmessung (Aktivität des täglichen Lebens)
Bemerkungen	

3.4 Weitere Q-relevante Strukturen: Liste und Kommentare

Bereich 1	Daniela Strebel (Leitung Therapien)
Bereich 2	Hans-Jürgen Wagner (Leitung Pflegedienst)
Bereich 3	Dr. med. Jan Kuchynka (Leitender Arzt Geriatrie, Neurologie und Rehabilitation)
Bemerkungen	

3.5 Kommentare

Bei der täglichen Arbeit hat die Qualität einen hohen Stellenwert und wird interdisziplinär, zielorientiert und ICF-basiert umgesetzt.

4 Leistungskennzahlen / Art und Intensität der Behandlung

4.1 Durchschnittlich betriebene Betten pro Rehabilitations-Kategorie

Fachbereich	Anzahl Betten	Bemerkungen
Muskuloskelettale Reha	7	Anteil der rehabilitativen Belegung
Geriatrische und Neurologische Reha, total	18	
Neurologische Frührehabilitation	–	
Pulmonale Reha	–	ambulant
Kardiale Reha	–	ambulant
Pädiatrische Reha	–	ambulant
Kommentar / Allgemeine Bemerkung		

4.2 Stationäre Angebote und deren Fallzahlen pro Jahr

Fachbereich	Grundangebot	Fallzahl (stationär)
Muskuloskelettale Reha	komplettes Angebot	126
Geriatrische und Neurologische Reha, total	komplettes Angebot	178
Neurologische Frührehabilitation		
Pulmonale Reha		
Kardiale Reha		
Pädiatrische Reha		
Kommentar / Allgemeine Bemerkung		

4.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Fachbereich	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Bemerkungen
Muskuloskelettale Reha	17 Tage	
Geriatrische und Neurologische Reha, total	29 Tage	
Neurologische Frührehabilitation		
Pulmonale Reha		
Kardiale Reha		
Pädiatrische Reha		
Kommentar / Allgemeine Bemerkung		

4.4 Austritte gesamthaft

Fachbereich	Anzahl Austritte			Andere Austrittsarten	
	Summe	In Langzeitbetrieb	Nach Hause	Welche?	Anzahl
Muskuloskelettale Reha	126	8	114	Akutspital	4
Neurologische Reha	178	59	94	Akutspital; andere Reha-Klinik	25
Pulmonale Reha	-	-	-	-	-
Kardiale Reha	-	-	-	-	-
Pädiatrische Reha	-	-	-	-	-

4.5 Assessmentinstrumente

Angewandte Instrumente zur Verlaufs- und Ergebnisbeurteilung.

Fachbereich	Instrument	Mögliche Aussagen zur Behandlungsintensität
Muskuloskelettale Reha	SF36	bei Ein- und Austritt sowie für die laufende Behandlung genutzt
	GAS (ICF-basiert)	bei Ein- und Austritt sowie für die laufende Behandlung genutzt
	Tinetti	für die laufende Behandlung genutzt
Neurologische Reha und Geriatrische Reha	FIM (Zielvereinbarung nach ICF)	bei Ein- und Austritt sowie für die laufende Behandlung genutzt
	Tinetti	bei Ein- und Austritt sowie für die laufende Behandlung genutzt
	Chedoke-McMaster Stroke Assessment	bei Ein- und Austritt sowie für die laufende Behandlung genutzt
Pulmonale Reha	–	nur ambulant
Kardiale Reha	–	nur ambulant
Pädiatrische Reha	–	nur ambulant
Alle Fachbereiche		

4.6 Behandlungszeit der Therapien

Fachbereich	Minimale Behandlungszeit pro Tag & Patient, bezogen auf die gesamte Aufenthaltsdauer, in Stunden [h]			Durchschnittliche Behandlungszeit pro Tag & Patient, bezogen auf die gesamte Aufenthaltsdauer, in Stunden [h]		
	leicht	mittel	schwer	leicht	mittel	schwer
Schweregrad						
Muskuloskelettale Reha	1	1.5	2	1.5	1.5	2
Neurologische Reha	2	3	3	2	3	3
Pulmonale Reha	-	-	-	-	-	-
Kardiale Reha	-	-	-	-	-	-
Pädiatrische Reha	-	-	-	-	-	-
Bemerkungen	Die Therapien beinhalten Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Aktivierungstherapie. Ernährungs-, fokussierte stützende Psychotherapie und Sozialberatung werden bei Bedarf durchgeführt (sind hier nicht eingerechnet).					

5 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	-	-
2	2 bis 4	-	-
3	5 bis 9	-	-
4	10 bis 14	-	-
5	15 bis 19	-	-
6	20 bis 24	-	-
7	25 bis 29	-	1
8	30 bis 34	-	-
9	35 bis 39	1	-
10	40 bis 44	3	-
11	45 bis 49	1	6
12	50 bis 54	2	3
13	55 bis 59	6	8
14	60 bis 64	9	13
15	65 bis 69	10	12
16	70 bis 74	16	24
17	75 bis 79	20	42
18	80 bis 84	17	47
19	85 bis 89	11	39
20	90 bis 94	6	6
21	95 und älter	-	1
Gesamt		102	202

6 Behandlungs- und Therapieangebot

Angebot	Erhebungsmethode	Eingabe		Bemerkungen
Kontinuität: Verfügbarkeit der Angebote	Mehrere Antworten möglich. Wenn nur ein Teil der Angebote an diesen Tagen erbracht wird, bitte in den Bemerkungen aufzeigen welche.	Die Angebote werden auch erbracht an:		
		<input checked="" type="checkbox"/> Samstagen		Physiotherapie
		<input checked="" type="checkbox"/> Sonntagen		Physiotherapie
		<input checked="" type="checkbox"/> Feiertagen		Physiotherapie
Angebot	Erhebungsmethode	Anzahl	TP	Bemerkungen
Physiotherapie	Anzahl Behandlungen und durchschnittlich aufgewendete Taxpunkte (TP) pro Fall mit der entsprechenden Behandlung.	7'594	1'154.80	1 x täglich
Ergonomie: Spezielle Massnahmen zur Wiedereingliederung		nach Bedarf	nach Bedarf	
Ergotherapie		10'445	646.24	1 x täglich
Logopädie		2'151	137.98	nach Bedarf
Ernährungsberatung		217	55.92	nach Bedarf
Psychotherapie		nach Bedarf	nach Bedarf	
Aktivierungstherapien, inklusive Malthherapie und Musiktherapie	Anzahl Therapien	nach Bedarf	nach Bedarf	
Angebot	Erhebungsmethode	Anzahl	Zeit [h]	Bemerkungen
Sozialberatung	Anzahl Beratungen	362	---	
	Zeitaufwand pro beratenem Fall	---	3 h	

7 Spezielle therapeutische und medizintechnische Ressourcen

7.1 Übersichtstabelle

Investitionen / Apparaturen / Geräte	Menge	Bemerkungen
Therapiebad	1	
Medizinische Trainingstherapie (MTT), Anzahl Geräte	ca. 50	Voll ausgebaute MTT; zusätzliche Trainingsgeräte in den Behandlungsräumen (breite Palette)
Laufband für neurologische Patienten	1	
Stangerbad	1	
Gruppenraum	2	
EFL-Ausstattung	1	EFL = Evaluation der funktionalen Leistungsfähigkeit
Laser und diverse Elektrogeräte	komplettes Angebot	
Radiologie	individ. angepasst	konventionelle, Ultraschall, CT, MR, Nuklearmedizin
Labor	individ. angepasst	ganze Palette

7.2 Kommentare

--

8 Zufriedenheitsmessungen

8.1 Patientenzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Mecon	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Patientenbefragung (nach stationärem Aufenthalt)	standardisierter Fragebogen	Okt. 2007 – Feb. 2008	alle 2 Jahre	nur muskuloskelettale Rehabilitation

8.1.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	Ja, auf jeden Fall	69%
	Ja, wahrscheinlich	31%
	Nein, eher nicht	0%

8.1.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Bereiche / Abteilungen	Wert [Index]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	86.9 Punkte	
Bereich Pflege	84.1 Punkte	
Bereich Organisation	76.9 Punkte	
Bereich Essen	70.7 Punkte	
Bereich Wohnen	86.4 Punkte	
Bereich Öffentliche Infrastruktur	84.8 Punkte	
Total (=gewichtetes Mittel über alle Bereiche)	83.4 Punkte	
Kommentar		
<p>Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Patientinnen und Patienten wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkten (alle Patienten geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkten (alle Patienten geben die beste Antwort) reicht.</p> <p>Es ist eine weitere Befragung für die gesamte Reha geplant, welche mit dem MECON-Fragebogen für Rehabilitationskliniken durchgeführt werden wird (voraussichtlich im Jahr 2010).</p>		

8.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
noch offen	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Mitarbeiterzufriedenheit	schriftliche Befragung			Messung ist in Planung

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	-	
Pflege	-	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	-	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	-	
Gesamter Betrieb	-	
Kommentar		

8.3 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
noch offen	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert		schriftliche Befragung			in Planung

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	-	
Pflege	-	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	-	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	-	
Gesamter Betrieb	-	
Kommentar		

8.4 Kommentare

--

9 Ergebnisqualitätsmessungen

Bei Eintritt wird für die Patienten eine interdisziplinäre Zielvereinbarungskonferenz durchgeführt, in der mit Hilfe des ICF Ziele vereinbart werden. Die Zielerreichung wird regelmässig und zuletzt vor Austritt überprüft. Zusätzlich kommen weitere Instrumente wie der FIM (Funktionaler Selbständigkeitsindex) ect. zur Anwendung (vgl. Kapitel 4.5).

9.1 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation

Die nationalen KIQ-Pilotprojekte Rehabilitation (muskuloskeletal und neurologisch), getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifiziert für die beiden Bereiche der Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen resp. Dokumentationen, 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.

Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskeletale 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	

10 Personalressourcen

Durchschnittlicher IST-Stellenbestand in Vollstellen während dem Vorjahr.

10.1 Personalstatistik gemäss BfS

Ärzte und andere Akademiker	3.4 Vollstellen
-----------------------------	-----------------

10.2 Stellen pro 100 betriebene Betten und Fachrichtung

Medizinisches und therapeutisches Personal. Keine Administration, Hotellerie, Technik etc.

Therapieangebot Vollstellen pro betriebene 100 Betten	Anzahl Vollstellen	Bemerkungen
Pro Fachrichtung	Anzahl Vollstellen	Bemerkungen
Muskuloskelettale Reha	73.4	15.4 TherapeutInnen 58 Pflegende (nur diplomiertes Personal)
Geriatrische und Neurologische Reha	88.5	21.5 TherapeutInnen 67 Pflegende (nur diplomiertes Personal)
Pulmonale Reha		ambulantes Angebot
Kardiale Reha		ambulantes Angebot
Pädiatrische Reha		ambulantes Angebot

10.3 Durchschnittliche Vollstellen pro Therapieangebot

Angebot	Anzahl Vollstellen je 100 betriebene Betten		Bemerkungen
	Muskuloskelettale Reha	Geriatrisch / Neurologische Reha	
Physiotherapie	13.3	9.5	
Ergonomie	0.8		
Ergotherapie	0.8	6.9	
Logopädie	0.01	1.6	
Ernährungsberatung	0.5	0.3	
Psychotherapie			
Sozialberatung			1 Stelle für alle Reha-Betten
Aktivierungstherapien, inklusive Maltherapie und Musiktherapie		3.2	

10.4 Kommentare

--

11 Qualitätsaktivitäten

11.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (Gesamtklinik oder Fachbereich)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Rehabilitation	FMH anerkannte Ausbildungsstätte je für geriatrische Rehabilitation und physikalische Medizin und Rehabilitation		jährlich	jeweils Kategorie B

11.2 Übersicht über laufende Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (Gesamtklinik oder Fachbereich)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Gesamtklinik	CIRS	Schwachstellen in komplexen Arbeits-Systemen erfassen und Lösungs- respektive Verbesserungs-Vorschläge erarbeiten	wird ab 1.1.09 auf die Gesamtklinik ausgedehnt
Gesamtklinik	Sturzerfassung	Sturzprävention	läuft seit längerer Zeit
Gesamtklinik	Dekubituserrfassung	Dekubitusprävention	läuft seit längerer Zeit
Gesamtklinik	SF36	Gesundheitszustandsmessung im Verlauf	eingeführt seit 2007/2008
Gesamtklinik	GAS	Zielorientiertes Arbeiten	eingeführt seit 2007/2008
Gesamtklinik	Zielvereinbarungskonferenz	Zielorientiertes Arbeiten	seit 2005
Gesamtklinik	Tinetti	Verlaufsmessung (Sturzrisiko)	läuft seit längerer Zeit
Gesamtklinik	Chedoke-McMaster Stroke Assessment	Verlaufsmessung (Aktivität des täglichen Lebens)	läuft seit längerer Zeit
Kommentare			

11.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (Gesamtklinik oder Fachbereich)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtklinik	EFQM	Committed to Excellence bis 2010 erlangt	2009 – 2010
Therapien	Journal Club in den Therapien	Die Therapeutinnen und Therapeuten können bei therapiespezifischen Themen wissenschaftlich argumentieren und begründen	2007 – 2008
Ärztlicher Dienst	Journal Club im ärztlichen Dienst	Evidenz-basiertes ärztliches Handeln	seit 2008 eingeführt
Therapien	Patientenzufriedenheitsumfrage im ambulanten Bereich der Therapien	Die Zufriedenheit der ambulanten Patientinnen und Patienten ist uns bekannt. Wir kennen die Schwachstellen und Probleme im ambulanten Bereich der Therapien und leiten bei Bedarf Massnahmen ab.	2007 – 2008
Kommentare			
Der Fachbereich Therapien (Phyio-, Ergo- und Logotherapie) ist im EFQM-Projekt, welches in den Spitälern Schaffhausen gestartet wurde, beteiligt.			

→ Eine Auswahl von **zwei** vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang (Kap. 13) beschrieben.

12 Schlusswort und Ausblick

Unsere Behandlung, Therapie und Pflege zeichnet sich durch ein zielorientiertes Vorgehen aus, welches wir mit den im Kapitel 4.5 aufgeführten Assessmentinstrumenten gestalten und überwachen. Die Nachfrage nach rehabilitativer Behandlung nimmt laufend zu und unser Angebot wird von immer mehr Patienten erfolgreich genutzt. Um dieser steigenden Nachfrage und den Bedürfnissen unserer Patienten unter Gewährleistung der Qualität gerecht zu werden, sind laufend weitere Verbesserungsmassnahmen geplant.

13 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Journal Club in den Therapien	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die Therapeutinnen und Therapeuten können bei therapiespezifischen Themen wissenschaftlich argumentieren und begründen	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<ul style="list-style-type: none"> - die Behandlungsmethoden sind so weit wie möglich wissenschaftlich abgestützt - eine gute Zusammenarbeit und Akzeptanz bei den Ärzten - wissenschaftlich abgestützte Behandlungsschemen 	
Projekttablauf / Methodik	Einführung eines Journal Club / Weiterbildung für die Suche von wissenschaftlichen Arbeiten	
Projektergebnisse	6x pro Jahr führen wir in den Therapien einen Journal Club durch	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Klinikgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Fachbereiche. In welchen Fachbereichen? Therapien (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)	
Involvierte Berufsgruppen	Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Zusammenfassungen von Studien / selbständige Literatursuche zu aktuellen Themen und Problemen / Evaluationsrunde im Journal Club selber / Kontakt und Austausch mit Journal Clubs extern	
Weiterführende Unterlagen	-	

Projekttitlel	Patientenzufriedenheitsumfrage im Ambulatorium der Therapien	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Zufriedenheit der ambulanten Patientinnen und Patienten ist uns bekannt. ▪ Wir kennen die Schwachstellen und Probleme im ambulanten Bereich der Therapien und leiten bei Bedarf Massnahmen ab. 	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Aufgrund der Ergebnisse kann der Bedarf für Massnahmen erhoben und allenfalls Verbesserungen der ambulanten Dienstleistungen der Therapien geplant und umgesetzt werden.	
Projekttablauf / Methodik	Schriftliche Befragung während 2 Monaten mit einem selbst entwickelten Fragebogen. Die Patientinnen und Patienten konnten den Fragebogen anonym ausfüllen. Die statistische Auswertung wurde mit einem Excel-Tool vorgenommen.	
Projektergebnisse	Es wurden 320 Fragebogen verteilt und 170 Fragebogen (53%) sind ausgefüllt zurückgekommen. Bei einer Bewertung von 1 bis 4 (wobei 1 die beste und 4 die schlechteste Bewertung darstellt) waren alle Mittelwerte zwischen 1 und 2. Am schlechtesten mit 1.9 schlossen die Punkte „Parkplätze“ und „Wartebereich (Atmosphäre, Ausstattung,...)“ ab.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Klinikgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Fachbereiche. In welchen Fachbereichen? Ambulante Therapien (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)	
Involvierte Berufsgruppen	Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und das Sekretariat der Therapien	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die kritisierte Parkplatzsituation zu gewissen Tageszeiten ist ein bekanntes Problem, das kurzfristig nicht gelöst werden kann. ▪ Attraktivere Dekorationen verbessern die Atmosphäre im Wartebereich. ▪ Eine weitere Befragung ist nach 2 Jahren geplant. 	
Weiterführende Unterlagen	-	

spitäler schaffhausen



Qualitätsbericht 2008

LANGZEITPFLEGE

Berichtsperiode: 2008

**Spitäler Schaffhausen
Kantonsspital
Geissbergstrasse 81
8208 Schaffhausen**

30.4.2009

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis.....	45
2	Einleitung.....	46
3	Q-Konzept der Institution im Überblick.....	47
3.1	Kontaktangaben.....	47
3.2	Q-Struktur, Organe und Verantwortliche.....	47
3.3	Q-Instrumente, Bemerkungen.....	48
3.4	Weitere Q-relevante Strukturen: Liste und Kommentare.....	48
3.5	Kommentare.....	48
4	Leistungsnachweis & Schweregradkriterien.....	49
4.1	Kommentare.....	49
5	Altersstatistik.....	50
6	Therapieangebot.....	50
7	Zufriedenheitsmessungen.....	51
7.1	Gesamtzufriedenheit der Patienten / Bewohner.....	51
7.2	Detaillierter Ausweis.....	51
7.3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	51
7.4	Zuweiserzufriedenheit.....	52
8	Qualitätsindikatoren.....	53
8.1	Umgang mit den BewohnerInnen und Bewohnern.....	53
8.2	Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	53
8.3	Pflegeindikator Dekubitus.....	53
8.4	Pflegeindikator Stürze.....	54
8.5	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter.....	54
8.6	Auswertung Indikatoren-Sets.....	54
8.7	Kommentare.....	54
9	Personalressourcen.....	55
9.1	Weitere Berufsgruppen: Nennung.....	55
9.2	Kommentare.....	55
10	Qualitätsaktivitäten.....	56
10.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard.....	56
10.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten.....	56
10.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	57
11	Schlusswort und Ausblick.....	58
12	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	59

2 Einleitung

Die Abteilung Langzeitpflege im Geriatriezentrum gehört organisatorisch zu den Spitälern Schaffhausen und ist im täglichen Ablauf und von den Strukturen eng mit diesen verknüpft. Der Gehabstand zum Akuthaus ist ca. 500m.

Die Abteilung Langzeitpflege ist unter pflegerischer Leitung aber im Alltag findet eine enge Zusammenarbeit mit anderen Diensten statt.

Die ärztliche Leitung obliegt dem leitenden Arzt der Geriatrie. Es finden regelmässige Arztvisiten statt und der Notfalldienst ist über 24 Stunden über 365 Tage im Jahr gewährleistet.

Therapien wie Physiotherapie, Ergotherapie oder die Logopädie werden ambulant vom Akuthaus bezogen.

Die Aktivierungstherapeutinnen sind direkt den verschiedenen Bereichen im Zentrum zugewiesen. Wir sind ein Ausbildungshaus für verschiedene Pflegeberufe. Eine Kliniklehrerin und eine Pflegeexpertin sind in unserem Zentrum für eine gute Qualität im Einsatz.

Unser Angebot

Somatische Langzeitpflege (30 Betten)

Hier leben Menschen jeden Alters, welche einen in der Regel sehr grossen Pflege- und Betreuungsaufwand aufweisen. Die palliative Betreuung am Ende des Lebens hat hier einen sehr grossen Stellenwert.

Übergangspflege (17 Betten)

Hier wohnen Patientinnen und Patienten für eine begrenzte Zeit bis der weitere Wohnort gänzlich geklärt ist oder ein Heimplatz gefunden wurde. Wir fördern die Personen noch weiter in ihrer Selbstständigkeit. Verschiedene Therapien können ambulant bezogen werden. Wir sind in engem Kontakt mit nachgelagerten Institutionen wie Spitex, Heimen aber auch den Hausärzten.

Pflege Demenzkranker / Psychogeriatric (19 Betten)

Ein wichtiges Glied in der geriatrischen Versorgung ist die Betreuung von Menschen mit Hirnleistungsstörungen im Alter. Vor allem Menschen mit Demenzen leben hier in einer akuten Phase ihrer Krankheit oder aber für längere Zeit. Entlastungsangebote für Angehörige und das betreuende Umfeld sind weitere Schwerpunkte. Diese Station ist gegen aussen abgeschlossen und hat einen grossen Garten.

Tagesklinik und Nachtambulanz (18 Plätze)

Die Tagesklinik ist eine tagesstationäre Einrichtung der Abteilung Langzeitpflege. Sie bietet Pflege-, Betreuungs- und verschiedene Therapieleistungen an. Unser Ziel ist, beim noch zu Hause lebenden Menschen die verbliebenen Fähigkeiten zu erhalten, verlorene wiederzugewinnen und die Kräfte zur Selbsthilfe zu stärken.

Teil A: Betriebsangaben

3 Q-Konzept der Institution im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Q-Berichts-Team	Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail
Qualitätsverantwortlicher (Zust. in der Geschäftsleitung)	Arend Wilpshaar	052 634 28 29	arend.wilpshaar@kssh.ch
Qualitätsbeauftragter oder -manager („Ausfüller“)	Paul Herzog * Urs Wanner	052 634 92 01 052 634 28 84	pausl.herzog@kssh.ch urs.wanner@breitenau.ch
Datenverantwortlicher (SOMED, BfS etc.)	Werner Hugelshofer	052 634 28 05	werner.hugelshofer@kssh.ch
Weitere Mitglieder im Team	Susann Bächle Andrea Wolf	052 634 92 06 052 634 92 05	susann.baechle@kssh.ch andrea.wolf@kssh.ch

3.2 Q-Struktur, Organe und Verantwortliche

Angaben	<p>Das Qualitätsmanagement ist durch verschiedene Personen direkt in den betreffenden Fachbereichen vertreten.</p> <p>In der Langzeitpflege sind dies folgende Personen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Funktion</th> <th>Name</th> <th>Stellen-% für Q-Management</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leitung Langzeitpflege</td> <td>Paul Herzog</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>Pflegeexpertin</td> <td>Susann Bächle</td> <td>40 %</td> </tr> <tr> <td>Ausbildungsverantwortliche</td> <td>Andrea Wolf</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Funktion	Name	Stellen-% für Q-Management	Leitung Langzeitpflege	Paul Herzog	10 %	Pflegeexpertin	Susann Bächle	40 %	Ausbildungsverantwortliche	Andrea Wolf	-
Funktion	Name	Stellen-% für Q-Management											
Leitung Langzeitpflege	Paul Herzog	10 %											
Pflegeexpertin	Susann Bächle	40 %											
Ausbildungsverantwortliche	Andrea Wolf	-											
Bemerkungen													

3.3 Q-Instrumente, Bemerkungen

Angaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRS (Critical Incident Reporting System) für die Meldung von kritischen Zwischenfällen und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen. ▪ bestehende Arbeitsgruppen zu den Themen Schmerz, Pflegestandards etc. ▪ Regelmässige Mitarbeitergespräche für die Erhebung der Arbeitszufriedenheit und Entwicklungsmöglichkeiten mit Festlegung von Entwicklungszielen
Bemerkungen	

3.4 Weitere Q-relevante Strukturen: Liste und Kommentare

Bereich 1	Hygieneverantwortliche (zentral für die ganzen Spitäler Schaffhausen)
Bereich 2	
Bereich 3	
Bereich n	
Bemerkungen	

3.5 Kommentare

--

Teil B: Leistungen

4 Leistungsnachweis & Schweregradkriterien

Kennzahl	Erhebungsmethode	Werte	Einheiten	Bemerkungen
Typ der Institution	SOMED	A		Sozialmedizinisches Institut
Bettenanzahl per 31.12.	SOMED	66	Betten	
Anzahl Bewohner gesamt	SOMED	384	Personen	Bestand 01.01.08 plus Eintritte 2008
Durchschnittlicher Schweregrad der gesamten Institution. Patientenstatistik nach Pflegebedarfsstufe.	BESA/RAI oder PLAISIR	3.19	BESA	Pflegetage gewichtet: BESA1 = 1 BESA2 = 2 BESA3 = 3 BESA4 = 4
Anzahl Pflegetage gesamt	SOMED	21'632	Tage	
Verrechnete Pflegetage	SOMED	21'632	Tage	
Durschnittl. Kosten für Pflege pro gewichteten Pflegetag	SOMED	273	CHF	
Durchschnittliche Auslastung	SOMED	89%	Prozent	
Total Austritte	SOMED	322	Austritte	
Austritte nach Hause	SOMED	125	Austritte	
Definitive Verlegungen in eine andere Institution	SOMED	156	Verlegungen	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	SOMED	66.9	Tage	
Aufnahme aus Spital oder andere vorgelagerte Institution	SOMED	249	Eintritte	
Aufenthalt vor Aufnahme (Wohnung, Heim)	SOMED	75	Eintritte	

4.1 Kommentare

5 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	-	-
2	2 bis 4	-	-
3	5 bis 9	-	-
4	10 bis 14	-	-
5	15 bis 19	-	-
6	20 bis 24	-	-
7	25 bis 29	-	-
8	30 bis 34	1	-
9	35 bis 39	3	-
10	40 bis 44	-	-
11	45 bis 49	5	5
12	50 bis 54	-	5
13	55 bis 59	3	2
14	60 bis 64	6	5
15	65 bis 69	11	11
16	70 bis 74	15	23
17	75 bis 79	25	27
18	80 bis 84	32	47
19	85 bis 89	20	43
20	90 bis 94	8	21
21	95 und älter	2	2
Gesamt		131	191

6 Therapieangebot

Physiotherapie	Erhebungsmethode	Datenquelle	Werte
Therapieraum	Anzahl Behandlungen	intern	Nach Bedarf 2-3x pro Woche
Beschäftigung	Erhebungsmethode	Datenquelle	Werte
Aktivierungstherapie	Keine eigene Leistungserfassung	intern	150 Stellenprozent für alle Bewohner im Stellenplan vorhanden.
Ergotherapie	Erhebungsmethode	Datenquelle	Werte
Therapieraum	Anzahl Behandlungen	intern	Nach Bedarf 1-2x pro Woche
Andere	Erhebungsmethode	Datenquelle	Werte
Logopädie	Anzahl Behandlungen	intern	Nach Bedarf 1-2x pro Woche

Teil C: Ergebnisqualität

7 Zufriedenheitsmessungen

7.1 Gesamtzufriedenheit der Patienten / Bewohner

Messinstrument	Beschreibung Mess-Methode	Anbieter	Messperiodizität	Datum letzte Messung	Wert [%]
–	–	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	–	–	–
Kommentare					
keine Messung					

7.2 Detaillierter Ausweis

Anbieter / Instrument:				
Bereich	Messperiodizität	Datum letzte Messung	Wert [%]	Bemerkungen
Gesamte Institution			–	
Ärzte			–	
Pflege			–	
Organisation			–	
Hotellerie			–	
Öffentliche Infrastruktur			–	
			–	
			–	

7.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
–	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	–	–	–	–	–

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	–	
Pflege	–	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	–	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	–	
Gesamteinstitution	–	
Kommentar		
keine Messung		

7.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
–	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	–	–	–	–	–

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	–	
Pflege	–	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	–	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	–	
Gesamtinstitution	–	
Kommentar		
keine Messung		

Teil D: Prozessqualität

8 Qualitätsindikatoren

8.1 Umgang mit den BewohnerInnen und Bewohnern

Erhebungsmethode	Werte [%]	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
<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht		

8.2 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Erhebungsmethode	Werte [%]	Bemerkungen
Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall	Nicht vorhanden	Freiheitsbeschränkende Massnahmen (körpernahe Fixationen und Bettgitter) werden dokumentiert und überwacht, jedoch nicht zentral erfasst und statistisch ausgewertet.

8.3 Pflegeindikator Dekubitus

Erhebungsmethode	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung	48 (15.1%)	22 (6.9%)	21 (6.6%)	4 (1.3%)	1 (0.3%)
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.	10	2	7	1	0
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	Eintritt mit Decubiti und Entstehung der Decubiti in der Einrichtung werden dokumentiert und zentral erfasst. Dekubiti bei Austritt werden erfasst. Elektronische Eingabe auf jeder Station. Kontrolle durch Pflegexpertin. Pflege bei Dekubiti ist durch eine Pflegerichtlinie geregelt.				

8.4 Pflegeindikator Stürze

Erhebungsmethode	Werte [%]		
	gesamt	Mit Behandlungsfolgen	Ohne Behandlungsfolgen
Stürze im Verhältnis der Gesamtbewohnerzahl	84 (21.9%)	38 (9.9%)	46 (12%)

8.5 Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

Erhebungsmethode	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Nicht vorhanden	–	–

8.6 Auswertung Indikatoren-Sets

System	Beschreibung
BESA	für alle Patienten eingesetzt BESA ist die Abkürzung für BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem und bestimmt die Höhe der Abrechnungssätze.

8.7 Kommentare

--

9 Personalressourcen

Betrachtungsfeld	Erhebungsmethode	Werte	Bemerkungen
Personalstatistik	Durchschnittliche Anzahl Beschäftigte per 31.12. Angaben im Total	Total: 61.01 Stellenprozente	
Fluktuationsrate	$(\text{Anzahl Eintritt} + \text{Anzahl Austritte}) / (\text{Anzahl Anfangsbestand} + \text{Endbestand}) * 100$	11.32%	
Absenzstatistik	Anzahl Krankheits- u. Unfalltage gem. Lohnartenliste (statistische Werte, importiert aus Personaleinsatzplanung)	730.9 Tage	
%-Anteil ausländische MitarbeiterInnen	Personalauswertung	41%	Total Anzahl Mitarbeitende 92 , davon 38 mit ausländischer Nationalität
Anzahl Weiterbildungstage pro Stellenwert	Gem. Lohnartenliste (statistische Werte, importiert aus Personaleinsatzplanung)	4 Tage	61.01 Stellen / 254 Weiterbildungstage
Angestellte oder unter Vertrag stehende Ärzte	per 31.12.	1 Leitender Arzt, 1 Oberärztin, 1 Assistenzärztin	
Angestellte oder unter Vertrag stehende Pflegefachkräfte	per 31.12.	63 Personen	Stationsleitende, Pflegendе, Aktivierungstherapeuten, exkl. Pflegehilfen
Gesamte Anzahl Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildung)	-	-	Gesamt-Erhebung SSH, nicht pro Bereich/Station

9.1 Weitere Berufsgruppen: Nennung

Werte	
Bemerkungen	

9.2 Kommentare

--

Teil E: Qualitätsprojekte und -aktivitäten

10 Qualitätsaktivitäten

10.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
–	–	–	–	–

10.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Abteilung Langzeitpflege	Arbeitsgruppe Pflegeprozessverantwortliche	Qualitätssicherung, Weiterentwicklung , Kommunikation und Evaluation. Entwurf von neuen Richtlinien	5 Personen Sitzungsturnus monatlich 1 Stunde Protokoll vorhanden
Abteilung Langzeitpflege	Geriatrische Vortragsreihe	Wissensvermittlung, Erfahrungsaustausch untereinander. Öffnung gegen ausser (SPITEX und Heime)	Findet 12 mal pro Jahr statt
Abteilung Langzeitpflege	Interne Pflegefortbildung	Auffrischen von Pflegewissen, Einführung neuer Massnahmen.	Ca. 10 mal pro Jahr
Abteilung Langzeitpflege	Teilnahme an Gruppe Hygiene und Prävention im Akuthaus	Neues Wissen vermitteln, Abläufe koordinieren. Impfungen anbieten	2 Personen nehmen regelmässig teil Protokolle liegen auf allen Stationen auf, Massnahmenkatalog wird jeweils umgesetzt.
Kommentare			
Stetiger Austausch mit den weiteren Häusern der Spitäler Schaffhausen			

10.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Langzeitpflege	Sturzprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sturzrisiko jedes Patienten ist erfasst und dokumentiert • Jeder MA des interdisziplinären Teams ist über das Sturzrisiko der Patienten informiert • Patienten und Angehörige sind über das Sturzrisiko informiert • Das Selbstmanagement der Patienten diesbezüglich wird von den Pflegenden gefördert (Schulung/Beratung) 	Januar 2008 bis Dezember 2009 (Evaluation)
Bettenstationen Akutmedizin + Geriatric	Evaluation Medikamentensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Ermitteln der Fehlerquote: Richten mit und ohne Blister • Verbesserungsmaßnahmen einleiten 	Mai 2008 – August 2009
Kommentare			

→ Eine Auswahl von **zwei** vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

11 Schlusswort und Ausblick

Es ist unsere klare Absicht in Zukunft unsere Qualitätsbestrebungen noch zu intensivieren und vor allem Auswertungen noch systematischer zu betreiben.

Als Beispiel bemerkten wir, dass bei dem Vorgehen bei Freiheitsbeschränkenden Massnahmen schon sehr viel gemacht und erfasst wird, eine systematische Auswertung aber leider fehlt. In diesem Bereich wollen wir schon bei der nächsten Umfrage genauer erfasste und ausgewertete Ergebnisse präsentieren können.

Die Spitäler Schaffhausen erfassen regelmässig die Patientenzufriedenheit, bis anhin leider ohne unseren Bereich der Langzeitpflege. In Zukunft wollen wir in diesem Bereich ebenfalls Ergebnisse präsentieren können.

Auf Ebene der Spitäler Schaffhausen wurde beschlossen, die Qualitätsbestrebungen mittels EFQM zu unterstützen und projektmässig umzusetzen. Die Langzeitpflege ist am Projekt beteiligt und die Erfassung des Ist-Zustandes hat schon in Jahr 2009 stattgefunden. Weitere Schritte bis zur Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen folgen.

Unsere Pflegeexpertin wird auch in Zukunft mit Arbeitsgruppen weitere Richtlinien und Standards erarbeiten, frühere Standards und Richtlinien überarbeiten und die Koordination mit dem Akuthaus intensivieren.

Die Kliniklehrerin trägt jeweils viel zu dieser Arbeit bei und die Ausbildung von Studierenden und Lernenden ist uns auch in Zukunft ein Ansporn, unsere Arbeit auf einem hohen Level zu halten.

12 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Sturzprophylaxe	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Sturzgefahr wird bei jedem Patienten in der Anamnese erhoben und dokumentiert. ▪ Pflegemassnahmen bezüglich Sturzprophylaxe sind übersichtlich dokumentiert. 	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Die Einschätzung der individuellen Sturzgefährdung jedes Patienten ist dem gesamten interdisziplinären Team zugänglich. Pflegemassnahmen werden auf diese Einschätzung abgestimmt, um Stürze, wo möglich, zu vermeiden.	
Projektlauf / Methodik	Frühjahr 2008: Möglichkeiten der schriftlichen Dokumentation werden in der Arbeitsgruppe "Pflegeprozess" evaluiert. Sommer 2008: Schulung der Pflegenden und Information des interdisziplinären Teams.	
Projektergebnisse	Der Patient / seine Angehörige, das Pflege- sowie das interdisziplinäre Team sind über die individuelle Sturzgefahr des Patienten informiert. Pflegemassnahmen zur Sturzprophylaxe werden von allen (interdisziplinär) umgesetzt.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Gruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Langzeitpflege	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Projektelevaluation ist für Herbst 2009 geplant.	
Weiterführende Unterlagen	–	

Projekttitlel	Evaluation Medikamentensicherheit	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermitteln der Fehlerquote: Richten mit und ohne Blister ▪ Verbesserungsmassnahmen einleiten 	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Schaffung einer Datengrundlage, um Möglichkeiten für Verbesserungsmassnahmen hinsichtlich Sicherheit beim Richten von Medikamenten zu erhalten.	
Projektlauf / Methodik	Dokumentenanalyse und Beobachtung der Richtmethoden.	
Projektergebnisse	Es stellte sich heraus, dass die Anzahl und Vielfalt von Fehlern beim Richten ohne Blister ansteigt.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Gruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Bettenstationen Akutmedizin + Geriatrie	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Apotheke	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Konsequenz: Alle Medikamente werden neu mit Blister gerichtet. Aufgrund der Ergebnisse wird das Projekt weitergeführt und weitere Datenerhebungen wie auch eine Literaturrecherchen für Verbesserungsmassnahmen durchgeführt.	
Weiterführende Unterlagen	–	