



WHO

Standards für Gesundheitsförderung in Krankenhäusern
Selbstbewertungs-Tool für die
Pilotimplementierung

Fassung 2006 ch

Dieses Dokument wurde von Oliver Gröne, Svend Juul Jorgensen, Mila Garcia-Barbero und der Internationalen Arbeitsgruppe für Standards zur Gesundheitsförderung in Krankenhäusern erstellt. Es wurde in Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit internationalen Qualitätsorganisationen und Mitgliedern des Internationalen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser entwickelt.

Besuchen Sie auch unsere Website: www.euro.who.int/healthpromohosp.

Für weitere Informationen:

**WHO European Office for Integrated Health Care Services
Oliver Gröne**

Marc Aureli 22-26, 08006 Barcelona, Spain

Phone +34 92 241 82 70

Fax + 34 93 241 82 71

E-mail: who@es.euro.who.int

Web site: <http://www.euro.who.int/ihb>

Übersetzung aus dem Englischen:

Dennis Voigt (Berlin) und Christina Dietscher (Wien)

Gebrauchsfertige Fassung: Nils Undritz (Suhr, Schweiz)

Dieser Standard kann bei contact@healthhospitals.ch

auch in elektronischer Form bezogen werden.

© World Health Organization 2004

All rights reserved. The Regional Office for Europe of the World Health Organization welcomes requests for permission to reproduce or translate its publications, in part or in full.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Where the designation "country or area" appears in the headings of tables, it covers countries, territories, cities, or areas. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use. The views expressed by authors or editors do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

Inhalt

	Seite
Vorbemerkungen	
Einleitung	4
Häufig gestellte Fragen	5
Pilotimplementierung	7
Rollen und Verantwortungsbereiche	7
Datenerhebung	9
Entwicklung eines Aktionsplans	10
Struktur der Standards	11
Literatur	12
Verwendung des Selbstbewertungs-Tools	13
Verantwortungen für die Selbstbewertung	13
Standard 1: Management-Grundsätze (-Policy)	16
Standard 2: Patienteneinschätzung (-Assessment)	23
Standard 3: Patienteninformation und Intervention	28
Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes	33
Standard 5: Kontinuität und Kooperation	39
Gesamt-Aktionsplan	46

Hinweis:

Der Begriff „Krankenhaus“ wurde von der WHO auf „Gesundheitsinstitutionen“ erweitert. Er umfasst damit nebst Spitälern auch Heime und Spitex-Organisationen.

Einleitung

Das WHO-Projekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ (HPH) versucht Konzepte, Werte und Standards der Gesundheitsförderung in die Organisationsstruktur und -kultur des Krankenhauses zu integrieren, die Gesundheit der Patienten und Mitarbeiter zu fördern, eine gesunde Region und aktive Kooperationen mit der Gemeinde zu entwickeln. Es befähigt Krankenhäuser, zielgerichtet zur öffentlichen Gesundheit beizutragen.

Gesundheitsförderung ist ein qualitätsbezogenes Kernthema in Krankenhäusern und sollte deshalb in die tägliche Arbeit integriert werden. Gesundheitsförderung wird definiert als „ein Prozess, der Menschen befähigt, Kontrolle über die eigene Gesundheit auszuüben und diese dadurch zu verbessern“ (Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung)¹ und wird hier so verstanden, dass Gesundheitserziehung, Krankheitsverhütung und Rehabilitationsmaßnahmen eingeschlossen sind. Die Gesundheitsförderung schließt ferner die Steigerung der Gesundheit durch Befähigung der Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern zur Verbesserung ihres gesundheitsbezogenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ein.

Krankenhäuser spielen bei der Förderung der Gesundheit, Krankheitsverhütung und der Bereitstellung von Rehabilitationsmaßnahmen eine bedeutende Rolle. Einige dieser Aktivitäten waren schon bisher ein entscheidender Bestandteil der Arbeit von Krankenhäusern, obwohl sie vielleicht nicht ausdrücklich als solche definiert wurden. Trotzdem ist mit der steigenden Anzahl lebensstilbezogener und chronischer Krankheiten die Ausweitung dieses Betätigungsfeldes und eine systematische Bereitstellung von Dienstleistungen in diesem Bereich erforderlich. Therapeutische Informationen, Strategien zur Befähigung der Patienten, eine aktive Rolle im Krankheitsmanagement zu spielen, oder motivierende Beratung können zu besseren Gesundheitsergebnissen des Krankenhauses beitragen. Krankenhäuser müssen auch stärkere Akzente auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen legen, um die Gesundheit der Mitarbeiter zu verbessern und um die Effizienz und Qualität der Versorgung zu verbessern.

Die Aufstellung von Standards ist eine Hauptstrategie zur Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Gleichwohl ergab die Überprüfung vorhandener Standards in der Gesundheitsversorgung, dass sich nur wenige Standards auf Gesundheitsförderung beziehen².

Das Europäische Regionalbüro der WHO hat im Jahr 2003 Standards zur Gesundheitsförderung in Krankenhäusern entwickelt, die auch den Erfordernissen des ALPHA Programms³ entsprechen. Die Standards wurden auf Basis einer umfassenden kritischen Literaturanalyse, diverser Expertenworkshops und Konsultationen entwickelt. Die endgültigen Standards wurden einem Pilottest in 34 Krankenhäusern aus neun europäischen Ländern unterzogen. Sie umfassen Fragen der Management-Grundsätze; Einschätzung der Patientenbedürfnisse, -information, und -intervention; Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes; und Kontinuität und Kooperation. Publikationen über den Entwicklungsprozess und die endgültigen Standards sind kürzlich erschienen^{4, 5, 6, 7}.

Die Standards liefern Krankenhäusern einen Rahmen, um ihre gesundheitsfördernde Praxis zu bewerten und weitere Entwicklungen in diesem Bereich anzuregen. Sie bieten den Mitarbeitern eine Möglichkeit zu hinterfragen, was sie tun, warum sie es tun und ob es auch besser getan werden könnte. Es wurden Leistungsindikatoren entwickelt, die die Standards ergänzen und eine quantitative Kontrolle der Qualitätsverbesserung über längere Zeit erlauben.

Um die Bewertung der Standards und Indikatoren zu unterstützen, wurde ein Selbstbewertungs-Tool entwickelt⁸. Selbstbewertung ist ein Prozess, bei dem alle Fachkräfte in einer Gesundheitsorganisation ihre eigene Qualitätsbewertung auf Grundlage von Standards durchführen. Sie basiert auf der Philosophie fortlaufender Qualitätsverbesserung, der Identifizierung von Qualitätsverbesserungspotenzialen, der Entwicklung von Aktionsplänen, deren Implementierung und nachfolgender Evaluierung. Selbstbewertung muss sich klar von externen Bewertungen unterscheiden.

Krankenhäuser im WHO-Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und andere Krankenhäuser werden ermutigt, das Selbstbewertungs-Tool anzuwenden, um Gesundheitsförderungs-Aktivitäten zu verstärken und zu ihrer fortlaufenden Qualitätsverbesserung beizutragen.

Das Selbstbewertungs-Tool beinhaltet messbare Elemente und Nachweise zur Einschätzung der Standards. Ein ergänzendes Dokument „Handbuch für die Einführung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ wird entwickelt, um die Implementierung zu erleichtern⁹.

Häufig gestellte Fragen

Sind die Mitglieder des WHO-HPH-Netzwerks verpflichtet, sich der Selbstbewertung zu unterziehen?

Nein, das Instrument ist ein Angebot für die beteiligten Krankenhäuser. Der Hauptzweck liegt darin, Bereiche festzustellen, in denen Verbesserungen notwendig sind. Hinweis für die Schweiz: dieser Standard ist Teil des Labelverfahrens.

Welche Anreize haben Krankenhäuser, sich der Selbstbewertung zu unterziehen?

Es soll geprüft werden, ob die Systeme eingeführt wurden, ob Lücken festgestellt und Bereiche guter Praxis in andere Teile der Organisation übertragen werden können. Damit soll zu einer besseren Patientenversorgung und Qualität der Pflege, aber auch zu verbesserten Arbeitsbedingungen für Mitarbeitern beitragen.

Wie passt dies zu anderen Qualitätsentwicklungsinitiativen?

Der Prozess, Standards festzulegen, ist ein fester Bestandteil der fortlaufenden Qualitätsverbesserung. Die in diesem Handbuch entwickelten gesundheitsfördernden Standards zielen darauf ab, existierende Qualitätsstandards, die bisher noch keinen konkreten Bezug zur Gesundheitsförderung entwickelt haben, zu ergänzen. Sie wurden gemäß der Methodik und Terminologie der autorisierten Gremien der „International Society for Quality in Health Care“ entwickelt. Es wird nachdrücklich empfohlen, die Selbstbewertung der gesundheitsfördernden Standards mit den bisher verwendeten Qualitätsstrategien zu verbinden.

Was bekommen wir als Organisation, wenn wir die Selbstbewertung abgeschlossen haben?

Sie werden Bereiche guter Praxis ebenso wie zu verbessernde Bereiche identifiziert haben und können dann einen Aktionsplan aufstellen. Dies alles wird einen Beitrag zur verbesserten Patientenversorgung und Mitarbeiterzufriedenheit (?) leisten.

Werden wir dafür ein Zertifikat bekommen?

Nein, Zertifikate werden nicht vergeben. Der Prozess umfasst Selbstbewertung sowie fortlaufende Qualitätsverbesserung und -entwicklung über Aktionspläne. Es gibt dabei kein „Bestanden“ oder „Durchgefallen“. Jedes Krankenhaus ist anders und wird unterschiedliche Aktionspläne für seine Organisation entwickeln, abhängig von seinen eigenen Prioritäten, aber auch regionalen und nationalen Initiativen. Hinweis für die Schweiz: das Label wird mit einem Zertifikat des Netzwerkes dokumentiert.

Müssen wir in jedem Standard für jeden Substandard „ja“ eintragen?

Sie sollen sorgfältig Ihre eigene Position in jedem Substandard feststellen, um Ihre Bereiche guter Praxis zu identifizieren, die Sie ja in andere Teile der Organisation übertragen wollen, ebenso wie jene Bereiche, die noch verbessert werden können. Nach Durchführung der Selbstbewertung können beide in den Aktionsplan einfließen. Dieser Plan soll dann in den krankenhauseigenen Qualitätsmanagementprozess zur fortlaufenden Qualitätsverbesserung integriert werden.

Wie sollen wir die Indikatoren messen?

Das Handbuch spezifiziert für jeden Indikator seine Grundlage, eine Beschreibung von Zähler und Nenner, Datenquelle und Einordnung. Die Indikatoren müssen nach einer gewissen Zeit neuerlich gemessen werden, um den fortlaufenden Qualitätsverbesserungsprozess abzubilden. Um mögliche Fehlinterpretationen zu verringern, sollten die Indikatoren dabei nicht verändert werden.

Wie können wir einen auf Standards und Indikatoren basierenden Aktionsplan entwickeln?

Die Einschätzung der Standards basiert auf einer Anzahl messbarer Elemente, welche als voll, teilweise oder nicht erfüllt eingeschätzt werden müssen. Das Kästchen für Anmerkungen soll mit Bemerkungen über die verwendeten Datenquellen, über Qualitätspotentiale oder weitere Vorschläge zur Verbesserung ausgefüllt werden. Die Daten für die „Ergänzenden Indikatoren“ am Ende jedes Standards können gesammelt werden, um die Kontrolle von Fortschritten zu erleichtern. Basierend auf der Einschätzung der Standards, der Indikatoren und der Anmerkungen und Beobachtungen, die während der Selbstbewertung gemacht wurden, sollte der Aktionsplan entwickelt werden. Der Aktionsplan sollte auch die während der Einschätzung identifizierten Lücken und organisatorischen Prioritäten berücksichtigen.

Was passiert mit unserem Aktionsplan?

Dieser soll in den krankenhauseigenen Qualitätsmanagementprozess integriert werden, damit er kontrolliert und umgesetzt werden kann.

Wird das Tool für ein Benchmarking mit anderen Krankenhäusern genutzt?

Nein. Das Tool ist nur für die Selbstbewertung gedacht, trotzdem kann zu einem späteren Zeitpunkt, nach einer fundierten Überprüfung des Tools, über Benchmarking weiter diskutiert werden.

Pilotimplementierung

2004-5 fand eine Pilotimplementierung der Standards und Indikatoren zur Gesundheitsförderung in Krankenhäusern statt mit drei Ziele:

1. Klarheit darüber zu erhalten, ob das Selbstbewertungs-Tool und die ergänzenden Dokumentationen Krankenhäuser befähigen, gesundheitsfördernde Aktivitäten hausintern einzuschätzen und deren Qualität zu verbessern.
2. Erfahrungen darüber zu sammeln, wie Daten über Indikatoren der Gesundheitsförderung gesammelt werden können.
3. Die Entwicklung des Qualitätsverbesserungsplans einzuschätzen, welcher auf den Daten der Bewertung zur Erfüllung der Standards und der von den Indikatoren gemessenen Leistung basiert.

Die erhaltenen Informationen waren wichtig, wie die Krankenhäuser aktuell mit den Standards übereinstimmen, um auf dieser Basis die Anwendbarkeit und Relevanz der Standards einschätzen zu können. Die Informationen werden von der WHO genutzt, um das Tool zu verbessern.

Datenerhebung

Daten müssen erhoben werden, um die Einhaltung der Standards bewerten und die Erfüllung der Indikatoren messen zu können.

Standards

Für die Datenerhebung zur Einschätzung der Einhaltung der Standards enthält das Selbstbewertungs-Tool für jeden Standard und Substandard eine Anzahl von messbaren Elementen und bietet Nachweise an, die zur Einschätzung der Standards als voll, teilweise oder nicht erfüllt genutzt werden können. Das Kästchen für Anmerkungen soll mit Bemerkungen über die benutzten Nachweise, über Potenziale für Qualitätsverbesserungen oder weitere Vorschläge zur Unterstützung von Verbesserungen ausgefüllt werden.

Das Krankenhausmanagement oder, falls vorhanden die Qualitätsabteilung, soll die auf das Management bezogenen Standards sowie jene Standards, die alle Teile des Krankenhauses abdecken, beurteilen.

Die Standards für klinische Aktivitäten sollen von einer klinischen Abteilung des Krankenhauses beurteilt werden. Es wird vorgeschlagen, eine Zufallsstichprobe von 50 Akten von Patienten, die innerhalb der letzten 3 Monate aufgenommen und entlassen wurden, zu ziehen.

Die Bewertungsgruppe sollte sich interdisziplinär aus Fachkräften zusammensetzen, die über gute Kenntnisse der auf der Station üblichen Dokumentationsgewohnheiten verfügen. Der Begriff „Patientenakte“ beinhaltet alle möglichen Unterlagen (ärztliche Anordnungen, Aufzeichnungen der Pflegekräfte, Ernährungsassistenten, Therapeuten usw.), die für die Einschätzung der Einhaltung der Standards im Krankenhaus relevant sind.

Weitere Hintergrundinformationen über Grundsätze der Durchführung eines derartigen Assessments sind im Handbuch „Einführung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ enthalten.

Indikatoren

Indikatoren müssen im Selbstbewertungs-Tool aufgeführt werden. Trotzdem wird der Prozess der Datensammlung zur Berechnung der Indikatoren separat durchgeführt.

Indikatoren wurden entwickelt, um die Standards zur Gesundheitsförderung dadurch zu ergänzen, dass sie den Effekt der unterstützenden Einschätzung der Realisierung der Standards reflektieren und folglich ein quantitatives Kontrollwerkzeug zur Qualitätsverbesserung der Versorgung zur Verfügung stellen. Sie sind nicht zur Einschätzung der Übereinstimmung der Situation des Krankenhauses mit den Standards gedacht.

Eine Anzahl Gesundheitsförderungsbezogener Indikatoren wurde ausgewählt und entwickelt, z.B.: Bewusstsein der Mitarbeiter für die Managementgrundsätze zur Gesundheitsförderung; Befähigung der Patienten, Risikofaktoren zu modifizieren; Befähigung der Patienten zum Selbstmanagement; kurzzeitige Abwesenheit der Mitarbeiter; Rauchverhalten der Mitarbeiter; Einschätzung der Kommunikation mit externen Partnern; rechtzeitige Informationsweitergabe an nachfolgende Versorger; und vermeidbare Notfalleinweisungen von Älteren.

Es bleibt die Entscheidung des Krankenhauses, welche Indikatoren gesammelt werden, trotzdem soll jeder der fünf Standards mindestens ein Indikator ergänzen. Indikatoren, die die lokalen Prioritäten reflektieren können auch eingefügt oder entwickelt werden. Solche Indikatoren sollten genauso detailliert beschrieben werden (Grund, Beschreibung, Zähler, Nenner, Datenquelle und Ausrichtung) wie die bisher im Selbstbewertungs-Tool enthaltenen Indikatoren (siehe Handbuch zur Beschreibung der Indikatoren)

Indikatoren müssen im Selbstbewertungs-Tool aufgeführt werden, um einen Aktionsplan entwickeln zu können, welcher sowohl auf den Daten der Standardbewertung, als auch auf der von den Indikatoren gemessenen Ebene der Umsetzung der Standards aufbaut.

Eine wiederholte Messung der Indikatoren ist nach Ablauf einer gewissen Zeitspanne ist notwendig, um Veränderungen der Indikatoren feststellen zu können. Es wird empfohlen, die Daten für die Indikatoren alle sechs Monate zu überprüfen. Jedoch wird für die an der Pilotphase beteiligten Krankenhäuser auf Grund der begrenzten Zeit für die Pilotimplementierung nur eine Messung verlangt.

Das Handbuch beschreibt für jeden Indikator dessen Begründung, Charakteristik, Zähler, Nenner, Datenquelle und Ausrichtung. und liefert darüber hinaus weitere auf die Erhebung der Daten für die einzelnen Indikatoren bezogene Informationen.

Entwicklung eines Aktionsplans

Nach abgeschlossener Selbstbewertung kann der Lenkungsausschuss Bereiche guter Praxis sowie zu verbessernde Bereiche, in denen das Krankenhaus die Standards und Substandards (noch) nicht erreicht, identifizieren.

Ein Aktionsplan zur Bearbeitung dieser Problembereiche kann nun entwickelt werden. Es ist wichtig, dass die Maßnahmen des Plans auch lokale und nationale Prioritäten oder Ziele sowie krankenhauseigene, verfügbare Ressourcen berücksichtigen. Der Aktionsplan sollte auch in bestehende Managementsysteme des Krankenhauses integriert werden, damit Entwicklungen regelmäßig beobachtet werden können.

Dieser Prozess folgt keinem einheitlichen Schema, weshalb es auch kein „bestanden oder durchgefallen“ und keine Zertifizierung für den Abschluss der Selbstbewertung gibt. Der Kern der Selbstbewertung liegt im besseren Verstehen der eigenen Einrichtung und der Identifizierung qualitätsverbessernder Potenziale.

Struktur der Standards

Es wurden fünf Standards entwickelt, die folgende Themenbereiche abdecken:

- Standard 1: Management Grundsätze (Policy)
- Standard 2: Patienteneinschätzung (-Assessment)
- Standard 3: Patienteninformation und Intervention
- Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
- Standard 5: Kontinuität und Kooperation (*findet für das schweizerische Labelverfahren eine vereinfachte Anwendung*)

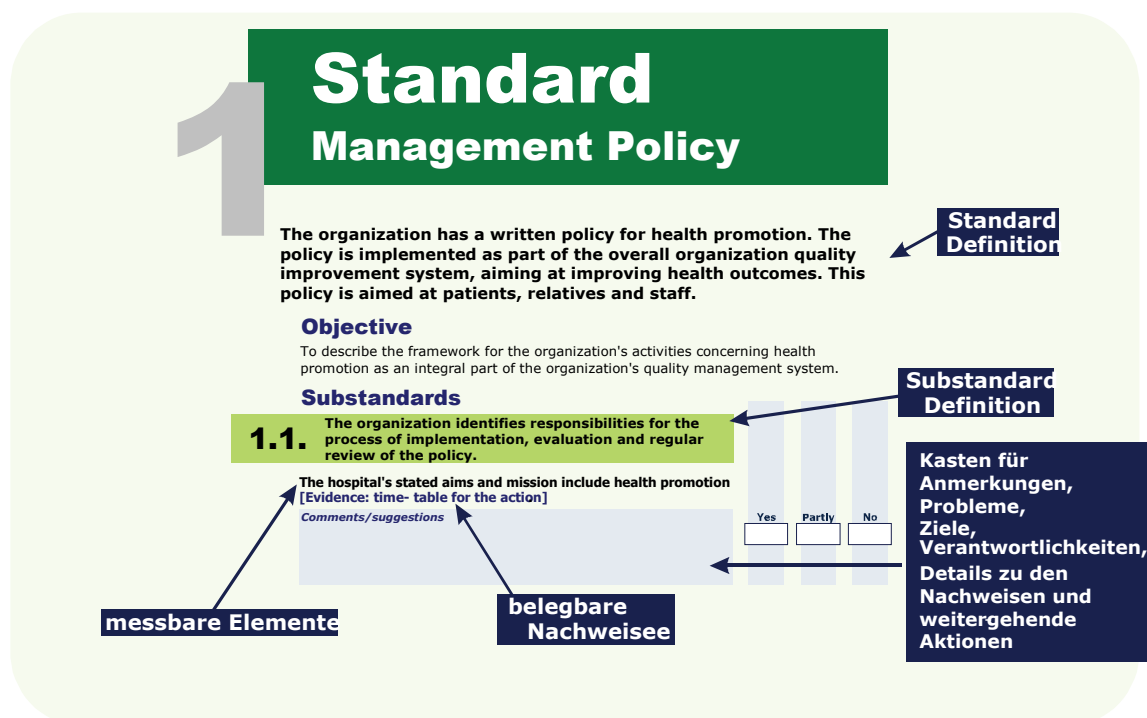
Zu jedem Standard gehören einige Substandards, und jeder Substandard hat eine oder mehrere messbare Einheiten mit den Antwortkategorien „ja“, „teilweise“ oder „nein“ zu beantworten sind. Damit ein Substandard als erfüllt angesehen werden kann, bedarf es belegbarer Nachweise. Beispiele von Nachweisen, die zur Messung der Substandards geeignet sind, werden in Klammern angeführt.

Ein Kästchen für Kommentare, in denen Probleme, Ziele, Verantwortliche, Details der Nachweise und daraus folgende Maßnahmen dokumentiert werden können, steht neben jeder messbaren Einheit.

Es wurden auch Indikatoren für jeden Standard entwickelt (Details sind dem Handbuch zu entnehmen), und die ermittelten Indikatoren sollen im entsprechenden Abschnitt nach jedem der fünf Standards rechnerisch zusammengefasst werden. Nach jedem Standard-Bereich finden Sie eine Tabelle, in die Sie den Aktionsplan, damit verbundene Maßnahmen, Verantwortlichkeiten, den Zeitrahmen und die erwarteten Ergebnisse notieren können.

Das folgende Bild illustriert die Bestandteile eines Standards:

Bild 1. Schlüsselkomponenten des Standards



Literatur

- [1] World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion* (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf). Ottawa, WHO, 1986 (accessed 4 March 2004)
- [2] World Health Organization. Standards Working Group. Development of standards for disease prevention and health promotion. *WHO Meeting on standards for disease prevention and health promotion, Bratislava, 14 May 2002*.
- [3] The International Society for Quality in Health Care. *Alpha and accreditation* (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>). Victoria, ISQua, 2000 (accessed 4 March 2004)
- [4] World Health Organization. *Standards for health promotion in hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (document EU/03/5038045-S)
- [5] Gröne, O.; Jorgensen, S.J. Standards for health promotion in hospitals: development process, results of a pilot test and use as a self-assessment tool in European hospitals. *ISQUA 20th Annual International Conference, Dallas 1-5 November 2003*
- [6] Gröne, O.; Jorgensen, S.J. Quality improvement of health promotion activities in hospitals. *HOSPITAL*, 5 (6), 2003, 50-53
- [7] Gröne, O. & Jorgensen, S.J. Health promotion in hospitals: a quality issue in health care. *European Journal of Public Health*, [forthcoming]
- [8] World Health Organization. *Self-assessment tool for health promotion standards and indicators in hospitals (Draft)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (document EU/04/5038045-S).
- [9] World Health Organization. *Manual for the implementation of health promotion in hospitals (Draft)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (document EU/04/5038045-S).

Verwendung des Selbstbewertungs- Tools

Verantwortlichkeiten für die Selbstbewertung

Die Verantwortlichkeiten für die Selbstbewertung sollten in diesem Abschnitt dokumentiert werden. Eine Person (der Projektleiter) muss die Gesamtverantwortung tragen. Zusätzliche können für die einzelnen Standards weitere Personen verantwortlich eingebunden werden, , z.B. kann die Verantwortung für die Bewertung der Standards 1 und 5 einer Person aus dem Krankenhausmanagement übertragen werden, während die Verantwortung für die Bewertung anderer Standards bei einer Pflegeperson liegen kann. Die Verantwortlichkeiten müssen sich nicht notwendigerweise unterscheiden, jedoch ist es wichtig, dass die Zuständigkeiten dokumentiert werden. Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Verantwortlichen, dass sie die Datenerfassung durchführen oder kontrollieren.

Der Aktionsplan sollte vom gesamten interdisziplinären Lenkungsausschuss diskutiert und mitgetragen werden. Der Projektleiter bestätigt den Aktionsplan und befördert dessen Implementierung. Der Aktionsplan muss dem Management vorgelegt werden.

Projektleiter

(übernimmt die Gesamtverantwortung für den Selbstbewertungsprozess und für die präsentierten Ergebnisse im jeweiligen Krankenhaus)

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

**Verantwortliche Person für Standard 1:
Management Grundsätze (-Policy)**

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

**Verantwortliche Person für Standard 2:
Patienteneinschätzung (-Assessment)**

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

**Verantwortliche Person für Standard 3:
Patienteninformation und Intervention**

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

**Verantwortliche Person für Standard 4:
Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes**

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

**Verantwortliche Person für Standard 5:
Kontinuität und Kooperation**

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

1

Standard Management-Grundsätze (-Policy)

Die Organisation verfügt über schriftlich formulierte Grundsätze zur Gesundheitsförderung. Die Grundsätze sind Bestandteil eines organisationsumfassenden Qualitätsentwicklungssystems und haben das Ziel, die Gesundheitsergebnisse des Krankenhauses zu verbessern. Sie beziehen sich auf PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen.

Zielsetzung

Beschreibt den Rahmen der Organisationsaktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung als integrativen Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems der Organisation.

Substandards

1.1. Die Organisation legt die Verantwortlichkeiten für die Prozesse der Implementierung, Evaluierung und regelmäßigen Überprüfung der Grundsätze fest.

Die Ziele des Krankenhauses und sein Auftrag schließen Gesundheitsförderung ein.

[Nachweis: Zeitplan für die Maßnahme.]

Erläuterung: Mit Auftrag ist zu verstehen: Sein Versorgungsauftrag, das Leitbild und die Unternehmenskultur (Werte des Hauses). Konkretisierung der Nachweise erforderlich (z.B. schriftliches Leitbild). **Anmerkungen:**

Ja

Teilweise

Nein

Die Krankenhausleitung (governing body) hat innerhalb des letzten Jahres die Vereinbarung zur Teilnahme am WHO-HPH-Projekt erneut bestätigt [Nachweis: Datum der Entscheidung oder Zahlung des Jahresbeitrags]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Die derzeitigen Qualitäts- und Geschäftspläne des Krankenhauses beinhalten Gesundheitsförderung.

[Nachweis: im Aktionsplan wird Gesundheitsförderung ausdrücklich genannt]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Die Gesundheitsförderungs-Grundsätze (HP-Policy) des Krankenhauses sind innerhalb der letzten zwei Jahre formal von der Geschäftsführung angenommen oder verbessert worden.

[Nachweis: Protokolle oder Anweisungen des Geschäftsführers (CEO) oder eines anderen verantwortlichen Mitgliedes der Krankenhausleitung]

Anmerkungen:

Ja

Teil-weise

Nein

Die Grundsätze beziehen sich ausdrücklich auf Gesundheitsförderung für Patienten und Mitarbeitern und, falls möglich, auf die umliegende Bevölkerung

[Nachweis: Richtlinien für patientenorientierte Aktionen, spezielle Pläne für Mitarbeiter und die Bevölkerung].

Anmerkungen:

Ja

Teil-weise

Nein

1.2. Die Organisation stellt Ressourcen für die Prozesse der Implementierung, Evaluierung und regelmäßigen Überprüfung der Grundsätze bereit.

Ein Programm zur Qualitätsbewertung der gesundheitsfördernden Aktivitäten ist etabliert.

[Nachweis: Zeitplan und Plan für die Vorgangsweise für die Überprüfungen ist vorhanden]

Anmerkungen:

Ja

Teil-weise

Nein

Es gibt ein festgelegtes Budget für die Evaluierung gesundheitsfördernder Dienstleistungen und Materialien.

[Nachweis: dokumentierte Budget- oder Personalressourcen].

Anmerkungen:

Ja

Teil-weise

Nein

Die auf jeder Station vorhandenen Arbeitsabläufe (z.B. klinische Verfahrensrichtlinien oder klinische Pfade) beinhalten Gesundheitsförderung.

[Nachweis: schriftlich formulierte Richtlinien]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

1.3. Den Mitarbeitern sind die Gesundheitsförderungs-Grundsätze bekannt, und neue Mitarbeiter werden in Einführungsprogrammen darauf aufmerksam gemacht.

In der Organisationsstruktur des Krankenhauses sind Personal und Funktionen für die Koordinierung der Gesundheitsförderung festgelegt.

[Nachweis: Mitarbeiter für die Koordinierung der Gesundheitsförderung sind ernannt. Schulungsplan für neue Mitarbeiter ist vorhanden]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Die Grundsätze (Policies) sind für die Mitarbeiter auf allen Stationen und in allen Arbeitsschichten zugänglich. [Nachweis: Rundschreiben, Plakate oder Broschüren]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Den Mitarbeitern aller Abteilungen sind Inhalt und Bedeutung der Grundsätze bekannt.

[Nachweis: Jährliche Bewertung diesbezüglicher Aktivitäten oder Teilnahme der Mitarbeitern am Gesundheitsförderungsprogramm]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Das Einführungsprogramm für neue Mitarbeiter im Krankenhaus beinhaltet Gesundheitsförderung. [Nachweis: Das Programm beinhaltet eine Präsentation des Gesundheitsförderungs-Plans]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

1.4. Die Organisation regelt die Datenerhebung und Evaluierung, um die Qualität der Gesundheitsförderungs-Aktivitäten kontrollieren zu können.

Daten zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden routinemäßig erfasst und sind für die mit der Evaluierung betrauten Mitarbeitern verfügbar.

[Nachweis: Verfügbarkeit wird durch Mitarbeiterbefragung (staff survey) überprüft]

Anmerkungen:

Es gibt dokumentierte Nachweise einer kontinuierlichen, systematischen Überprüfung und der Implementierung der Grundsätze zur Gesundheitsförderung in jeder Abteilung. [Nachweis: Zeitplan für die Überprüfung]

Anmerkungen:

1.5. Die Organisation stellt sicher, dass Mitarbeiter über entsprechende Kompetenzen für die Durchführung von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten verfügen und unterstützt sie bei der Aneignung weiterer, erforderlicher Kompetenzen.

Die Stellenbeschreibungen aller Mitarbeiter spezifizieren relevante Gesundheitsförderungs-Tätigkeiten.

[Nachweis: für Personen oder klar definierte Gruppen. Das Vertrautsein mit der Stellenbeschreibung wird durch Umfrage oder Interview dokumentiert]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Programm zur kontinuierlichen beruflichen Entwicklung (Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung) beinhaltet Gesundheitsförderung.

[Nachweis: bestehendes Schulungsprogramm für Gesundheitsförderung]

-18-

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

1.6.

Die Organisation gewährleistet die Verfügbarkeit der notwendigen Infrastruktur einschließlich Ressourcen, Räumlichkeiten, Ausstattung etc., die für die Durchführung von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten erforderlich sind.

Es gibt spezielle Strukturen und Einrichtungen.

[Nachweis: Adäquate Strukturen und Einrichtungen verfügbar].

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Standard 1: Management-Grundsätze (-Policy)

Ergänzende Indikatoren

_____ % der Mitarbeiter kennen die Grundsätze zur Gesundheitsförderung

_____ % der Patienten kennen die Standards zur Gesundheitsförderung

(z.B. Kursangebote des Gesundheitsinformationszentrums)

_____ % des Budgets ist für Gesundheitsförderungs-Aktivitäten der Mitarbeiter gewidmet

Zusätzliche Indikatoren

(lokale Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)

_____ % der Leitungssitzungen thematisieren Gesundheitsförderung innerhalb eines Jahres

Standard 1: Management-Grundsätze (-Policy)

Aktionsplan

	Aktion	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Bemerkungen				
1.1.				
1.2				
1.3.				
1.4.				
1.5.				
1.6.				

2 Standard

Patienteneinschätzung (-Assessment) „Diagnose“

Die Organisation stellt sicher, dass das ärztliche, pflegerische und therapeutische Personal in Partnerschaft mit Patienten die Notwendigkeit von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten in systematischer Weise einschätzt.

Zielsetzung

Die Patientenbehandlung unterstützen, Prognosen verbessern und die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten fördern.

Substandards

2.1. Die Organisation stellt für alle Patienten die Verfügbarkeit von Verfahrensweisen sicher, die deren Bedürftigkeit nach Gesundheitsförderung einschätzt.

Es bestehen Richtlinien wie Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten, psycho-sozioökonomischer Status erfasst werden können.
[Nachweis: Kontrollieren Sie die Verfügbarkeit]

Anmerkungen:

Die entsprechenden Richtlinien/Verfahren wurden innerhalb des letzten Jahres überprüft.
[Nachweis: Kontrollieren Sie Datum, Verantwortlichkeit für die Überprüfung der Richtlinien]

Anmerkungen:

2.2. Die Organisation stellt sicher, dass für diagnosebezogene Patientengruppen Regelungen zur Einschätzung der Notwendigkeit spezifischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen gegeben sind.

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es bestehen Richtlinien zur Entscheidung über die Notwendigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für spezifische Patientengruppen (z.B. Asthma, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Chirurgie, Rehabilitation).

[Nachweis: Richtlinien für spez. Patientengruppen der Station]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3.

Die Einschätzung der Notwendigkeit von spezifischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei einem Patienten erfolgt beim ersten Kontakt mit dem Krankenhaus. Diese Einschätzung wird ständig überprüft und gemäß den Veränderungen im klinischen Zustand des Patienten – oder auf dessen Wunsch – revidiert.

Die Einschätzung wird bei der Aufnahme in der Patientenakte vermerkt.

[Nachweis: für alle Patienten. Identifiziert durch die Überprüfung]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Datum der Überprüfung der Einschätzungen wird in der Patientenakte notiert.

[Nachweis: Untersuchung der Patientenakten]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es gibt Richtlinien/Verfahren zur Neueinschätzung der Notwendigkeit von Gesundheitsförderung bei der Entlassung oder nach einer erfolgten Intervention.

[Nachweis: Richtlinien vorhanden]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4. Die Einschätzung der Notwendigkeit erfolgt unter Berücksichtigung und Wertschätzung der sozialen und kulturellen Hintergründe des Patienten.

Die Patientenakte dokumentiert den sozialen und kulturellen Hintergrund in angemessener Weise.

[Nachweis: Dokumentation der Religion, die eine besondere Diät oder besondere Aufmerksamkeit erfordert, sowie von sozialen Umständen, die auf eine Gefährdung des Patienten hinweisen können]

Anmerkungen:

2.5. Informationen von anderen Gesundheitsdienstleistern werden zur Identifizierung der Notwendigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei Patienten genutzt.

Informationen des überweisenden Arztes oder aus anderen relevanten Quellen sind in der Patientenakte verfügbar.

[Nachweis: für alle vom Arzt überwiesenen Patienten]

Anmerkungen:

Ja <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Standard 2: Patienteneinschätzung

Ergänzende Indikatoren

Bei _____ % der Patienten werden allgemeine Risikofaktoren festgestellt.

Bei _____ % der Patienten werden krankheitsspezifische Risikofaktoren entsprechend den jeweiligen Richtlinien festgestellt.

_____ Erzielte Punkte bei der Untersuchung der Zufriedenheit der Patienten (Zufriedenheitsindex) mit den Verfahren zur Ermittlung der Notwendigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Welcher Zufriedenheitsindex ist hier gemeint? Evtl. im Handbuch.

Zusätzliche Indikatoren

(lokale Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)



Standard 2: Patienteneinschätzung (-Assessment)

Aktionsplan

	Aktion	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Bemerkungen				
2.1.				
2.2				
2.3.				
2.4.				
2.5.				

3

Standard Patienteninformation und -intervention „Therapie“

Die Organisation stellt Ihren Patienten Informationen über signifikante Faktoren bezüglich ihrer Krankheit oder ihres Gesundheitszustandes zur Verfügung. Gesundheitsförderungs-Interventionen sind in allen Patientenpfaden festgelegt.

Zielsetzung

Zu gewährleisten, dass Patienten über geplante Maßnahmen informiert und zu einer aktiven Partnerschaft bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen befähigt werden, und die Integration von Gesundheitsförderungsaktivitäten in alle Patientenpfade sicherzustellen.

Substandards

3.1. Basierend auf der Einschätzung der Notwendigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen wird der Patient über Einflussfaktoren auf seine Gesundheit informiert. In Partnerschaft mit dem Patienten wird ein Plan für relevante Maßnahmen zur Gesundheitsförderung vereinbart.

Die den Patienten vermittelten Informationen werden in der Patientenakte notiert. [Nachweis: stichprobenartige Überprüfung der Patientenakten aller Patienten]

Anmerkungen:

3.2. Den Patienten werden deutliche, verständliche und angemessene Informationen über ihren aktuellen Zustand, ihre Behandlung, Versorgung und die Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Einschätzungen zur Zufriedenheit der Patienten mit den vermittelten Informationen werden vorgenommen, und die Ergebnisse werden in das Qualitätsmanagementsystem integriert.

[Nachweis: verschiedene Methoden zur Einschätzung: Umfrage, Zielgruppeninterview, Fragebogen, Zeitplan]

Ja

Teilweise

Nein

Anmerkungen:

Ja

Teil-
weise

Nein

3.3. Die Organisation stellt sicher, dass Gesundheitsförderung systematisch allen Patienten auf der Basis der festgestellten Notwendigkeit spezifischer Maßnahmen angeboten wird.

Die angebotenen Informationen und Interventionen sind in der Patientenakte dokumentiert.

[Nachweis: Kontrolle der Patientenakten]

Anmerkungen:

Ja

Teil-
weise

Nein

3.4. Die Organisation stellt sicher, dass die dem Patienten vermittelten Informationen sowie die gesundheitsfördernden Aktivitäten dokumentiert und evaluiert werden. Dies schließt Angaben darüber ein, ob die erwarteten und geplanten Ergebnisse erzielt worden sind.

Aktivitäten und erwartete Ergebnisse sind in den Patientenakten dokumentiert.

[Nachweis: Kontrolle der Patientenakten]

Anmerkungen:

Ja

Teil-
weise

Nein

Daten der Überprüfung von Fortschritten sind in den Patientenakten dokumentiert.

[Nachweis: Kontrolle der Patientenakten]

Anmerkungen:

Ja

Teil-
weise

Nein

3.5. Die Organisation sichert, dass alle Patienten, Mitarbeiter und Besucher auf allgemeine Informationen über gesundheitsbeeinflussende Faktoren zugreifen können.

Informationen über Patientenorganisationen sind vorhanden.

[Nachweis: Kontaktadressen stehen zur Verfügung]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Allgemeine Gesundheitsinformationen stehen zur Verfügung.

[Nachweis: Verfügbarkeit schriftlicher Informationen, Online-Informationen oder eines speziellen Informationsbereichs]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Detaillierte Informationen über spezielle Krankheiten stehen zur Verfügung.

[Nachweis: Verfügbarkeit schriftlicher Informationen, Online-Informationen oder eines speziellen Informationsbereichs].

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Standard 3: Patienteninformation und Intervention

Ergänzende Indikatoren

- _____ % der Patienten erhalten Informationen zu speziellen Maßnahmen des Selbst-Managements ihrer Gesundheit (Gesundheitsmanagement).
- _____ % der Patienten erhalten Training zu speziellen Maßnahmen des Selbst-Managements ihrer Gesundheit (Gesundheitsmanagement).
- _____ % der Patienten erhalten Informationen über die Beeinflussung von Risikofaktoren und Optionen des Umgangs und der Weiterbehandlung ihrer Erkrankung (Krankheitsmanagement).
- _____ % der Patienten erhalten Training über die Beeinflussung von Risikofaktoren und Optionen des Umgangs und der Weiterbehandlung ihrer Erkrankung (Krankheitsmanagement).
- _____ Erzielte Punkte bei der Erhebung der Zufriedenheit der Patienten (Zufriedenheitsindex) mit vermittelten Informationen und Interventionsverfahren

Zusätzliche Indikatoren

(lokale Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)



Standard 3: Patienteninformation und Intervention

Aktionsplan

	Aktion	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Bemerkungen				
3.1.				
3.2				
3.3.				
3.4.				
3.5.				

4 Standard

Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Das Management schafft Bedingungen für die (Weiter-) Entwicklung des Krankenhauses zu einem gesunden Arbeitsplatzes.

Zielsetzung

Die Schaffung eines gesunden und sicheren Arbeitsplatzes sowie die Unterstützung von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten für Mitarbeiter.

Substandards

4.1. Die Organisation sichert die Schaffung und Implementierung einer umfassenden Personalentwicklungsstrategie (Human resource strategy), die die Entwicklung und das Training von Gesundheitsförderungsfertigkeiten der Mitarbeiter einschließt.

Ein Leistungsbewertungssystem und die kontinuierliche berufliche Weiterbildung werden dokumentiert. [Nachweis: dokumentiert durch die Überprüfung der Personalakten oder Interviews]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neue Mitarbeiter erhalten ein Einführungstraining. [Nachweis: vergewissern Sie sich bei den neuen Mitarbeitern]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trainingspläne werden aufgestellt und bis Ende des Jahres erfüllt. [Nachweis: Kontrolle der Dokumentation]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitsabläufe (Verfahren und Richtlinien) werden in interdisziplinären Teams entwickelt.

[Nachweis: prüfen Sie die Prozeduren, vergewissern Sie sich bei den Mitarbeitern]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Das Wissen der Mitarbeiter über Gesundheitsförderung wird durch Umfragen eingeschätzt.

[Nachweis: prüfen Sie die benutzten Fragebögen und die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

4.2.

Die Organisation sichert die Etablierung und Implementierung von Grundsätzen für einen gesunden und sicheren Arbeitsplatz und bietet berufsspezifische Gesundheitsprogramme für Mitarbeiter an.

Die Arbeitsbedingungen entsprechen nationalen/ regionalen Bestimmungen und Indikatoren.

[Nachweis: Nationale und internationale (EU) Bestimmungen werden beachtet].

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Die Mitarbeiter befolgen die Gesundheits- und Sicherheitsauflagen, und alle Gefahren am Arbeitsplatz sind identifiziert.

[Nachweis: überprüfen Sie die Daten über Arbeitsunfälle]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Es werden Entwöhnungsprogramme für Raucher angeboten. [Nachweis: Verfügbarkeit der Programme]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Es werden Informationen über Diät und sportliche Betätigung angeboten.

[Nachweis: Verfügbarkeit schriftlicher Informationen, Online-Informationen oder eines speziellen Informationsbereichs].

Anmerkungen:

Ja Teilweise Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die Erfahrungen der Mitarbeiter mit der Qualität, der Auswahl und dem Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln werden durch Umfragen ermittelt.

[Nachweis: prüfen Sie die benutzten Fragebögen und die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen]

Anmerkungen:

Ja Teilweise Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die Kantine bietet verschiedene gesunde Speisen an.

[Nachweis: Grundsätze für gesundes Essen, prüfen Sie die in der

Anmerkungen:

Ja Teilweise Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

4.3. Die Organisation sichert die Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungen, die sich auf die Arbeitsbedingungen auswirken.

Die Mitarbeiter sind in die Entwicklung, Bestätigung und Überprüfung der Grundsätze des Krankenhauses einbezogen.

[Nachweis: vergewissern Sie sich bei den Mitarbeitern, prüfen Sie die Protokolle der Arbeitsgruppen auf Teilnahme von Mitarbeitervertretern].

Anmerkungen:

Ja Teilweise Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

4.4. Die Organisation sichert die Verfügbarkeit von Regelungen und Maßnahmen zur Entwicklung und Erhaltung des Gesundheitsbewusstseins der Mitarbeiter.

Weiterbildungskurse werden den Mitarbeitern angeboten. [Nachweis: Programme und Weiterbildungsmaterial]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die entsprechenden Grundsätze stehen den Mitarbeitern zur Verfügung.

[Nachweis: prüfen Sie diese auf Rauchen, Alkohol, Medikamentenmissbrauch und körperliche Aktivitäten]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jährliche Mitarbeiterbefragungen werden durchgeführt, einschließlich einer Einschätzung des individuellen Verhaltens, des Wissens über unterstützende Dienstleistungen/Grundsätze und der Nutzung unterstützender Seminare.

[Nachweis: prüfen Sie die entsprechenden Fragebögen und die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Mitarbeiter kennen die Regelungen zum Risikomanagement.

[Nachweis: vergewissern Sie sich bei den Mitarbeitern]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Ergänzende Indikatoren

- _____ % kurzzeitiger Dienstaussfälle / Abwesenheiten
- _____ % Arbeitsunfällen / Verletzungen am Arbeitsplatz
- _____ % der Mitarbeiter rauchen
- _____ Punkte (Mitarbeiter-Zufriedenheitsindex) der Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den Arbeitsbedingungen
- _____ Punktestand auf der Burnout-Skala
- _____ % der Mitarbeiter nehmen an regulären Gesundheitsförderungs-Aktivitäten des Krankenhauses teil
- _____ % der Mitarbeiter kommen mit dem Fahrrad zur Arbeit
- _____ % Stammpersonalrate (unbefristet fest angestellt)
- _____ % Fluktuationsrate (Wieviel % der Mitarbeiter innerhalb eines Jahres das Krankenhaus verlassen)

Zusätzliche Indikatoren

(lokale Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)

Die Abwesenheit ist nicht unbedingt eine Reaktion auf den Arbeitsplatz

Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Aktionsplan

	Aktion	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Bemerkungen				
4.1.				
4.2				
4.3.				
4.4.				

5

Standard

Kontinuität und Kooperation

(Findet für das schweizerische Label eine vereinfachte Anwendung)

Die Organisation kooperiert kontinuierlich und systematisch mit Gesundheitsdienstleistern anderer Ebenen sowie mit weiteren Institutionen und Sektoren.

Zielsetzung

Die Kooperation mit relevanten Anbietern sichern und Partnerschaften initiieren, die die Integration von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten in Patientenfunde optimieren.

Substandards

5.1. Die Organisation stellt sicher, dass gesundheitsfördernde Dienstleistungen mit den gegebenen gesetzlichen Bestimmungen und nationalen/regionalen Gesundheitsplänen im Einklang stehen.

Die Krankenhausleitung (management board) dokumentiert relevante Quellen und Regelungen in den Umsetzungsplänen des Krankenhauses.

[Nachweis: Regelungen und Bestimmungen sind identifiziert und erfasst].

Anmerkungen:

Der Krankenhausleitung (management board) ist der Gesundheitsplan bekannt. [Nachweis: Interview]

Anmerkungen:

Die Krankenhausleitung (management board) kann die Umsetzung des Plans darlegen (Fortschritte werden dokumentiert).

[Nachweis: Bericht über die Umsetzung ist vorhanden]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterien zur Einschätzung der Erfüllung wurden detailliert. [Nachweis: Liste der Kriterien ist vorhanden]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

5.2. Die Organisation identifiziert und kooperiert mit vorhandenen Anbietern von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen sowie mit verwandten Organisationen und Gruppen im Einzugsgebiet.

Es gibt schriftliche Gründe für die Auswahl der vorhandenen Partner.

[Nachweis: kooperierende Organisationen und Partner sind erfasst, Gründe für jeden Partner beschrieben]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Partner wurden identifiziert, und die Zusammenarbeit kann nachgewiesen werden.

[Nachweis: Unterlagen sind verfügbar]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Es gibt eine festgeschriebene Regelung in Bezug auf regelmäßige Treffen.

[Nachweis: prüfen Sie die Regelung und notieren Sie das Datum der letzten Sitzung]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Die Teilname aller Partner kann nachgewiesen werden [Nachweis: Protokolle der Sitzungen].

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Es gibt einen festgeschriebenen Plan zur Zusammenarbeit, um dem Patienten nahtlose/kontinuierliche Dienstleistungen anzubieten.

[Nachweis: Zugangskriterien, Entlassungsplan]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Es bestehen Regelungen zum Austausch von Informationen mit anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die die Vertraulichkeit von patientenbezogenen Informationen berücksichtigen.

[Nachweis: Informationen über Patienten werden nur nach erfolgter Zustimmung ausgetauscht]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

5.3.

Die Organisation stellt die Verfügbarkeit und Implementierung von Maßnahmen und Verfahrensweisen nach der Entlassung und während der poststationären Phase sicher.

Patienten (und wenn nötig ihre Angehörigen) erhalten bei der Überweisung oder Entlassung verständliche weiterführende Anweisung.

[Nachweis: Einschätzung durch die Patienten in der Patientenbefragung]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Es gibt eine gemeinsame Regelung zur Überprüfung der Entlassungsgrundsätze und der Praktiken des Informationsaustauschs zwischen dem Krankenhaus und den weiteren Einrichtungen.

[Nachweis: Verfügbarkeit der Regeln]

Anmerkungen:

Ja

Teilweise

Nein

Angemessenheit und Pünktlichkeit der Entlassungsdokumente werden nachweislich überprüft.

[Nachweis: Bedürfnisse, Inhalte und Übermittlungsform der Entlassungsdokumente sind geregelt, Regeln sind verfügbar, Datum der letzten Überprüfung liegt vor].

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Einrichtung, an welche der Patient überwiesen wird, erhält eine schriftliche Zusammenfassung des Patientenzustandes, der Notwendigkeit spezifischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen und der von der überweisenden Einrichtung durchgeführten Intervention. [Nachweis: Verfügbarkeit einer Kopie]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Zusammenfassung ist der Patientenakte beigelegt. [Nachweis: Überprüfen Sie die Patientenakte]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es bestehen Regelungen für die Entlassung und Pläne für die poststationäre Betreuung.

[Nachweis: Vorhandensein von Protokollen]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ein Rehabilitationsplan, der die Rolle der Einrichtung und der kooperierenden Partner beschreibt, ist in der Patientenakte dokumentiert.

[Nachweis: Überprüfung der Akten]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4. Die Organisation stellt sicher, dass Dokumentation und Patienteninformation den relevanten Empfängern bzw. den nachfolgenden Partnern in der Patientenversorgung und Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden.

Es kann dokumentiert werden, dass der Plan innerhalb einer Woche an den praktischen Arzt, möglichst aber innerhalb von 24 Stunden an die nachbehandelnde Einrichtung weitergeleitet wurde. [Nachweis: Befragung oder Interview mit dem empfangenden praktischen Arzt der nachbehandelnden Einrichtung]

Anmerkungen:

Es bestehen Regelungen zur Kommunikation mit relevanten Partnern. [Nachweis: prüfen Sie die Regeln]

Anmerkungen:

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 5: Kontinuität und Kooperation

Ergänzende Indikatoren

- _____ **% der Patienten erhielten bei der Entlassung den Entlassungsbericht**
- _____ **% der Entlassungsberichte wurden innerhalb von zwei Wochen an den praktischen Arzt oder die überweisende Klinik weitergeleitet.**
- _____ **% Wiederaufnahmerate für ambulante Behandlungen auf Grund kritischer Zustände/aufgetretener Komplikationen innerhalb von 5 Tagen (trifft für uns als DNGfK noch nicht zu)**
- _____ **Anzahl der Richtlinien, die in Zusammenarbeit mit externen Nutzern und Versorgungsanbietern entwickelt oder überprüft wurden.**
- _____ **Punkte bei der Ermittlung der Zufriedenheit der Patienten mit der Vorbereitung auf die Entlassungsverfahren**

Zusätzliche Indikatoren

(lokale Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)

- _____ **% Anzahl der Patienten, für die ein Überleitungsbogen ausgefüllt und weitergegeben wurde**
- _____ **% der Zufriedenheit der nachbehandelnden Einrichtungen mit dem Entlassung**

Standard 5: Kontinuität und Kooperation

Aktionsplan

	Aktion	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Bemerkungen				
5.1.				
5.2				
5.3.				
5.4.				

Gesamteinschätzung der Standards

Management-Grundsätze

1

Summe:

Ja

Teil-
weise

Nein

17

17

17

Feststellung der Notwendigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei Patienten

2

Summe:

Ja

Teil-
weise

Nein

8

8

8

Patienteninformation und Intervention

3

Summe:

Ja

Teil-
weise

Nein

8

8

8

Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

4

Summe:

Ja

Teil-
weise

Nein

16

16

16

Kontinuität und Kooperation

5

Summe:

Ja

Teil-
weise

Nein

19

19

19

Summe:

Ja

Teil-
weise

Nein

68

68

68

Zusammengefasster Aktionsplan

Allgemeine Aktionen

Auf bestimmte Standards und Indikatoren bezogene Aktionen