

Evaluation Peer Review Teil II

(6 Monate nach dem Review)

Datum des Peer Reviews:

Datum der Evaluation:

| | voll und ganz zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frage 1: Waren Sie mit dem Peer Review zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ja | nein | noch nicht | |
| Frage 2: Haben Sie den Peer-Review-Bericht mit den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern besprochen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | sehr hilfreich | eher hilfreich | wenig hilfreich | gar nicht hilfreich |
| Frage 3: Wie wurde der Peer-Review-Bericht von Ihren Mitarbeitern aufgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ja | teilweise | nein | trifft nicht zu |
| Frage 4: Haben Sie nach dem Peer Review die vorgeschlagenen Änderungs- bzw. Verbesserungsvorschläge umgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frage 5:

Wenn Sie Frage 4 mit „ja“ oder „teilweise“ beantwortet haben, in welchen der u. g. Bereiche haben Sie diese Veränderungen in welchem Umfang umgesetzt?

| Bereich | Umsetzung | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ganz | teilweise | gar nicht | trifft nicht zu |
| Personal Besetzung, Einarbeitung, pflegerische und ärztliche Präsenz ggf. spezifizieren: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Team/Kommunikation Mitarbeitermotivation, Visitenstruktur, Umgang miteinander, Teamgespräche ggf. spezifizieren: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bau / Equipment Räumlichkeiten, Sauberkeit, Anbindung im Krankenhaus, Geräte ggf. spezifizieren: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige/Besucher Gesprächsdokumentation, Räumlichkeiten ggf. spezifizieren: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

| Bereich | Umsetzung | Bereich | Umsetzung | Bereich |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SOPs, Checklisten, Standards | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |
| Ethik/Seelsorge/EOLD/ Fixierung/Medikolegale Aspekte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |
| Organisation Betten/Belegungsmanagement, Geschäftsordnung, Investitionsplanung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |
| Fehler/Risiko M&M-Konferenz, CIRS-Reporting, Fehlerkultur, Geräteeinweisungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |
| Hygiene / Infektionsmanagement Stewardship, Isolierung , infektiologische / mikrobiologische Visiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |
| Dokumentation Übersichtlichkeit, Genauigkeit, PDMS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |
| Reporting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ggf. spezifizieren: | | | |

| | ja | nein | vielleicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frage 6: Würden Sie nochmal an einem Peer Review teilnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn nein, warum nicht?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an die das Peer Review organisierende Landesärztekammer zurück.