

Q-Flash 1

Herausgeber: Direktion FPS

Qualitätsmanagement im fps

1. Die Zertifizierung

Im Dezember 2005 wird sich das FPS erneut einer externen Qualitäts-Überprüfung stellen, um damit die Zertifizierung zu erreichen. Mittels so genannter „Vor-Audits“ haben wir ja bereits 1999 und 2001 gezeigt, dass uns qualitätssichernde und qualitätsfördernde Massnahmen wichtig sind. Seither sind verschiedene Projekte neu lanciert worden und andere Projekte sind uns zur Routine geworden. Die Zertifizierung mit SanaCERT sieht vor, dass vorgängig eine Selbstbewertung durch das Spital vorgenommen wird. Diese werden wir im April 2005 durchführen, mittels eines so genannten internen Audits. Am 6./7. Dezember 2005 gilt es dann ernst, dann werden erneut externe Fachpersonen (Peers) unser Spital begutachten und einen Bericht verfassen, der schliesslich zur Zertifizierung durch SanaCERT führen wird.

2. Das Qualitätskonzept im Felix Platter-Spital

Die Spitalleitung hat im März 2005 ein umfassendes Qualitätskonzept verabschiedet. Dieses Konzept beschreibt die wesentlichen Elemente des Qualitätsmanagements, die Qualitätsorganisation, sowie die Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Qualitätsgremien. Die im FPS seit je gelebte Interdisziplinarität ist auch ein Kern-Aspekt in unserem Qualitätsdenken, und so sind mit wenigen Ausnahmen alle unsere Qualitätsprojekte interdisziplinär abgestützt. Auch nimmt das Qualitätskonzept Bezug auf unser Leitbild:

Wir erfüllen hohe Qualitätsanforderungen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit

Gezielte, anerkannte Massnahmen zur Sicherung der Qualität sind für uns selbstverständlich

Wir sind mitverantwortlich für eine intakte Umwelt und gehen überlegt mit Ressourcen um

Die Verankerung der Qualitätsaspekte im Leitbild weist daraufhin, dass das Denken und Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Felix Platter-Spitals ein ganzheitliches

Qualitätsbewusstsein beinhaltet. Die im zweiten Satz formulierte Selbstverständlichkeit soll darauf hinweisen, dass qualitätssichernde oder –fördernde Massnahmen nicht als zusätzliche Belastung betrachtet werden sollen, sondern integrierender Bestandteil der täglichen Arbeit sind.

Das Qualitätskonzept kann im Intranet von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingesehen werden.

3. Die Qualitätsorganisation im FPS

In der **Qualitätskommission** sind alle Bereiche unseres Spitals, sowie die Leiterinnen und Leiter der acht SanaCERT-Standards vertreten. Die Q-Kommission überwacht und koordiniert alle Qualitätsprojekte und unterstützt die Linienvorgesetzten bei der Umsetzung von Qualitätsmassnahmen oder Qualitätsprojekten. Die Q-Kommission unterstützt die Spitalleitung beim Setzen von Prioritäten und berät sie beim Festlegen von Qualitäts-Jahreszielen.

Folgende Personen sind Mitglieder der Q-Kommission:

Robert Völker Verwaltungsdirektor

Dr. Martin Conzelmann, Ärztlicher Direktor und Q-Beauftragter

Judith Fankhauser, Ressort Personal- und Organisationsentwicklung

Rudolf Wolf, Leiter technischer Dienst

Monique Beutler (Standard Erheben von Patientenurteilen)

Christiane Schambeck / Marianne Streit (Standard Pflege)

Nicole Ditzler-Trepp (Standard Mitarbeitende Menschen und Spital)

Monika Pfister (Standard Ernährung)

Urs Ulrich (Standard Wünsche und Beschwerden von Patienten)

Dr. Andreas Studer (Standard Palliation)

Dr. Matthias Frank (Standard Vermeiden von Stürzen)

Die Standards „Spitalhygiene“ und der so genannte Grundstandard „Qualitätsmanagement“ werden von Dr. Martin Conzelmann geleitet, der als Q-Beauftragter gleichzeitig auch Vorsitzender der Q-Kommission ist.

4. Das interne Audit

Im April 2005 findet ein internes Audit statt, das zum Ziel hat, den aktuellen Stand der einzelnen SanaCERT-Standards zu überprüfen. Dieses Audit soll Stärken und Schwächen, den Umsetzungsgrad und den Wissensstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufzeigen, um allfällige Defizite in den nächsten acht Monaten beheben zu können. Dieses interne Audit wird ganz ähnlich ablaufen, wie das Zertifizierungsaudit im kommenden Dezember: Jeweils zwei „Peers“ werden nach dem Studium von aussagekräftigen Unterlagen ein Gespräch mit der Projektgruppe führen, dann aber vor allem auf den Stationen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragen, um sich ein Bild bezüglich der Erfüllung der einzelnen Standard-Elemente zu machen, und um auch zu überprüfen, ob die

Durchdringung der Q-Massnahmen alle Bereiche des Spitals erreicht hat. Als Peers werden Mitglieder der Q-Kommission in Funktion treten, natürlich werden sie nicht die Projekte überprüfen, für die sie selbst zuständig sind, sondern sie werden „artfremde“ Themen überprüfen. Die Mitglieder der Q-Kommission wurden an einem eigens dafür konzipierten Training auf diese anspruchsvolle Tätigkeit vorbereitet.

5. Der PDCA Kreislauf

Bei der Überprüfung von Qualitätsmassnahmen wird das Augenmerk vor allem auf die Qualitätsarbeit gelegt. Es wird nicht die eigentliche Qualität (was ist das schon?) überprüft, sondern es werden die Strukturen und Prozesse im Zentrum stehen, die so ausgelegt sein sollen, dass eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung möglich ist. Damit eine kontinuierliche Verbesserung möglich ist, ist es sinnvoll einen geschlossenen Kreislauf zu etablieren, wo zuerst eine Vorstellung oder ein Konzept vorhanden ist (**Plan**), das Konzept umgesetzt wird (**Do**), anhand von vordefinierten Kriterien die Umsetzung überprüft wird (**Check**) um anschliessend geeignete Veränderungs- und Verbesserungsmaßnahmen vorzusehen (**Act**). So wird sowohl im internen Audit, als auch im Zertifizierungsaudit, in allen Standards vor allem dieser PDCA-Kreislauf überprüft, um Gewähr zu haben, dass das Qualitätsmanagement durch strukturierte Vorgaben eine kontinuierliche Weiterentwicklung vorsieht und ermöglicht.

6. Der PDCA- Kreislauf in den einzelnen Standards

6.1. Spitalhygiene

Regelmässig wird die Händehygiene überprüft, bei unbefriedigendem Resultat wird geschult, um später den Effekt der Schulung wieder zu überprüfen. Infektraten wurden gemessen (Teilnahme an der Swiss-Noso Prävalenz-Studie) und entsprechend Verbesserungen in Absprache mit der Hygiene des Universitätsspitals eingeleitet. Der PDCA Kreislauf ist hier so selbstverständlich, dass das qualitätsbewusste Handeln zur täglichen Routine geworden ist.

6.2. Patientenurteile

2003 und 2004 wurden mittels eines validierten Fragebogens Patientenurteile systematisch erhoben, die Resultate wurden den Linienvorgesetzten mitgeteilt. Aus den verschiedenen Rückmeldungen hat die Spitalleitung die Themen Information, Kommunikation und Therapieplanung eruiert, die vorrangig angegangen werden sollen. Auch hier wurde also der PDCA-Kreislauf durchgespielt und daraus Massnahmen abgeleitet.

6.3. Pflege

Pflegedokumentation, Pflegende und Angehörigen, sowie Wunddokumentation sind die drei Pflegequalitätsstandards, die zur Zeit umgesetzt sind oder noch werden. Bei allen drei Themenbereichen wurden Messkriterien definiert, Messungen durchgeführt und daraus Massnahmen abgeleitet. Die Resultate lassen sich sehen, indem unsere Pflegedokumentation grundlegend verändert wurde, besser nachvollziehbar und vor

allem einheitlich wurde. Der zweite Qualitätsstandard (Pflegerische und Angehörige) zeigt den Bezug zum Standard Patientenurteile, wo eben die Themen Kommunikation und Information nicht nur mit Patientinnen und Patienten, sondern auch mit Angehörigen von der Spitalleitung als wichtig eingestuft wurden.

6.4. Mitarbeitende Menschen und Spital

Der Standard regelt die Strategien der Mitarbeiterführung, die diesbezüglichen Führungsinstrumente, sowie die Mitsprache der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Befragung von austretenden Mitarbeitern, die Umfrage bezüglich durchgeführter Mitarbeitergespräche (MAGs), sowie die damit verbundene Diskussion in der Spitalleitung mit möglichen Veränderungsmassnahmen stellen hier den PDCA- Regelkreis dar. Die Führungsinstrumente stehen auf dem Intranet zur Verfügung. Sie unterstehen ebenfalls einer Evaluation, zur Zeit wird die Bildungsvereinbarung evaluiert.

6.5. Ernährung

Zur Zeit wird ein zentrales Standard-Element, nämlich die für die Geriatrie sehr wichtige Erfassung der Malnutrition, umgesetzt. Im 2005 erfolgt zudem eine Überprüfung des Wissensstands des involvierten Personals bezüglich der verschiedenen Teilprojekte (Tischkultur, Fingerfood), somit ist auch hier der Regelkreis (PDCA) ein erneutes Mal abgeschlossen.

6.6. Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten

Das Konzept zum Umgang mit Patientenbeschwerden wurde von der Spitalleitung verabschiedet und zur Zeit finden die Vorbereitungen zu einer umfangreichen Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter statt. Bereits jetzt werden Anzahl und Inhalte von Beschwerden und Wünschen dokumentiert und einer Statistik zugeführt. Das oberste Führungsgremium wird dabei regelmässig über diese Statistik informiert und hat so die Möglichkeit, korrigierend einzugreifen.

6.7. Vermeiden von Stürzen

Die Messung von Sturzereignissen und den damit verbundenen Verletzungen findet seit mehreren Jahren statt. Der PDCA-Kreislauf konnte hier bereits durchlaufen und im Zusammenhang mit den ergriffenen Massnahmen konnte insgesamt eine leichte Reduktion von Sturzereignissen und Frakturen erreicht werden. Allen Stationen steht ein Sturzordner zur Verfügung, der die wichtigen vorbeugenden Massnahmen zusammenfasst. Im März 2005 wurden Schulungen zum Sturzkonzept und besonders zur Handhabung von Hüftprotektoren durchgeführt; in den nächsten Wochen ist auch eine Befragung zum Wissensstand des Personals geplant.

6.8. Der Grundstandard Qualitätsmanagement beinhaltet, dass das oberste Gremium des Spitals seine Q-Strategie dokumentiert hat und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kundgetan hat. Das vorliegende Q-Flash informiert Sie über die aktuellen Qualitätsarbeiten, das Qualitätskonzept des FPS wurde bereits unter Punkt 2 erwähnt.

Dr. med. Martin Conzelmann, Ärztlicher Direktor und Q-Beauftragter FPS