

Q-Flash 4

Herausgeber: Direktion FPS

Qualitätsmanagement im fps

Das Überwachungsaudit vom 12. Juli 2007

Am 12. Juli 2007 ist es wieder so weit: externe Experten überprüfen unser Q-Management. Letztmals fand eine solche Überprüfung im Dezember 2005 statt, im Gegensatz dazu handelt es sich jetzt lediglich um ein Überwachungsaudit. Wir werden also nicht bis zur letzten Schraube zerlegt, sondern es geht vor allem darum, zu evaluieren, in wie weit die Empfehlungen der Peers unsererseits in der Zwischenzeit umgesetzt wurden. Die aussenstehenden Experten werden sich zuerst ein Bild an Hand eines Selbstbewertungsberichts machen. Diesen Bericht haben die Projektverantwortlichen der verschiedenen sanaCERT Standards im Mai 2007 verfasst, dieser sogenannte Selbstbewertungsbericht kann auch auf unserer Lotus Notes Datenbank «Qualitätsmanagement» eingesehen werden.

Am Nachmittag des 12. Juli 2007 findet dann zuerst ein Gespräch mit der Spitalleitung statt, anschliessend finden je 15-minütige Gespräche mit den Mitgliedern der verschiedenen Projektgruppen statt. Dann erfolgt ein Kurzbesuch auf einer Abteilung, wo von uns ausgewählte Personen Auskunft zu verschiedenen Themen geben werden.

Obwohl nicht alle Mitarbeitenden an diesem Tag vom hohen Besuch etwas merken werden, nehmen die Qualitätsverantwortlichen diesen Anlass dazu auf, um auf die Bedeutung des Q-Managements hinzuweisen.

Posterausstellung:

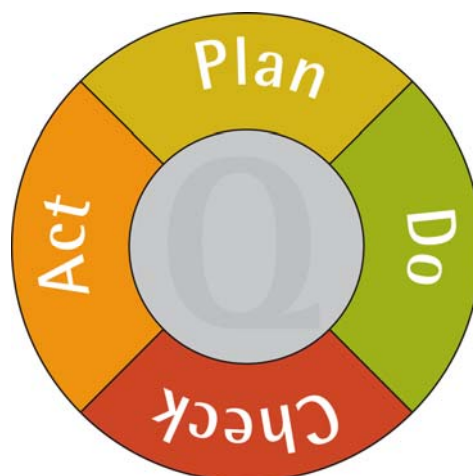
Um dem generellen Bedürfnis nach einer übersichtlichen Information über die Aktivitäten der einzelnen Q-Projekte nachzukommen, wurde bereits 2005 eine Posterausstellung realisiert. Diese Poster wurden nun neu überarbeitet, den aktuellen Gegebenheiten angepasst und wiederum in Form eines Parcours aufgestellt. Dabei vermitteln diese Poster kein Detailwissen sondern, sie zeigen den aktuellen Stand und die aktuellen Aktivitäten innerhalb des Projektes, respektive des Standards auf. Die Poster sind also geeignet für alle Berufsgruppen, die nicht unmittelbar mit den Aktivitäten eines Standardinhaltes konfrontiert sind, sich einen Überblick zu schaffen über die Schwerpunkte des betreffenden Standards.

Vorbereitung bis zum 12. Juli 2007, Überwachungsaudit

Am 20. Juni 2007 findet erneut ein Einführungsnachmittag ins Q-Management statt. Dieser Anlass ist vor allem für neu eintretende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konzipiert, gibt auch aber allen anderen ebenfalls die Möglichkeit in 1 ½ Stunden das Wesentliche bezüglich Qualitätsmanagement im Felix Platter-Spital zu erfahren.

Im Weiteren hilft der Besuch des Posterparcours einzelne Details zu vertiefen und, wie auch das letzte Mal, kann anlässlich des Posterbesuchs ein Quiz ausgefüllt werden, und ein attraktiver Preis gewonnen werden.

Dr. med. Martin Conzelmann, Ärztlicher Direktor und Qualitätsbeauftragter FPS



felixplatterspital

Qualitätsmanagement Grundstandard

Ziel

Das Ziel eines funktionierenden Qualitätsmanagement ist es, bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein auf Qualität und Qualitätsverbesserung ausgerichtetes Denken und Handeln zu erreichen. Ein breit abgestütztes Qualitätsverständnis ist im Spital Voraussetzung für eine optimale Patientenbetreuung

Organisation des Qualitätsmanagement im Felix Platter-Spital

Spitalleitung
setzt jährlich Ziele und überprüft die Erreichung dieser Ziele

Qualitätsbeauftragter (Dr. M. Dorschner)
unterstützt SL und koordiniert alle Aktivitäten im QM Bereich

Q-Kommission
• alle Spitalbereiche sind vertreten
• Projektleiterinnen der Q-Standards
• Vorsitz Q-Beauftragter

Aufgaben:
• Lehren und Begleiten der Q-Projekte
• Förderung des Qualitätsdenkens auf allen Stufen und in allen Bereichen
• Evaluation von neuen Q-Projekten

Interdisziplinäre Qualitätsprojekte

Wesentliches Merkmal unseres Spitals ist die überall gelebte Interdisziplinarität. Auch in den Q-Projekten werden interdisziplinäre Ziele anvisiert und daher sind bei der Umsetzung von Qualitätszielen meist verschiedene Berufsgruppen beteiligt

PDCA-Kreislauf

Plan	Do	Check	Act
planen, beschreiben, Priorität berechnen und legen	umsetzen, erfüllen	überprüfen	Verbesserungsmassnahmen einleiten und umsetzen

Überwachungsaudit im Juli 2007

Unser Spital ist seit 2006 von sanaCERT (Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen) zertifiziert.

Am 12. Juli 2007 erfolgt ein sogenanntes Überwachungsaudit. Dabei wird überprüft, ob unser Spital weiterhin alle Massnahmen trifft, um eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu ermöglichen.

Qualitätsbeauftragter: Dr. Martin Dorschner

Standort: Dachgeschoss, Liftvorplatz Mitte

felixplatterspital

Spitalhygiene Standard 1

Ziel des Standards

- Die Hygienekommission tagt regelmässig
- Hygienierichtlinien
 - Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen die massgeblichen Hygienierichtlinien
 - Der Hygieneordner ist auf allen Stationen / Bereichen verfügbar
 - Die Hygienierichtlinien sind immer auf dem aktuellen Stand
- Händehygiene
 - Die Mitarbeitenden kennen die Bedeutung einer korrekten Händedesinfektion als wirksame Massnahme gegen Spitalinfektionen
 - Die Mitarbeitenden beherrschen die korrekte Händedesinfektion

Inhalt des Standards

- Die Händehygiene der Mitarbeitenden mit Patientenkontakt wird regelmässig überprüft
- Die Infektrate „nosokomiale Infekte“ (= Spital erworbene Infekte) wird regelmässig erhoben und es findet ein Benchmark mit anderen Spitälern statt
- Patienten mit multiresistenten Erregern werden isoliert

Status des Standards

Mitarbeiter-Einführung Händehygiene

Plan	Do	Check	Act
Die Einzel-Einführung neuer Mitarbeiter beinhaltet die Einweisung der Handhygiene	Alle Mitarbeiter werden in die Handhygiene eingeführt	Die Handhygiene der MA wird regelmässig, alle 3 Monate überprüft	Die Lösungsmittel werden über die Resultate informiert und Verbesserungsmassnahmen werden regelmässig ergriffen

Infektionen

Plan	Do	Check	Act
Die Hygienierichtlinien ergeben die notwendigen Massnahmen bei Fieber mit unklarem Ursprung	Isolationsmassnahmen werden beachtet	Isolationsmassn. wird überprüft	Schulungsmassnahmen werden durchgeführt

Nosokomiale Infekte

Plan	Do	Check	Act
Die Hygienierichtlinien ergeben folgende Massnahmen bei nosokomialen Infektionen: Die Hygienierichtlinien sind im Hygieneordner immer auf dem neuesten Stand	Die Erhebung 2007 erfolgt im Mai/Juni 2007	Ein Benchmark mit anderen Spitälern findet statt	Verbesserungsmassnahmen werden ergriffen Beispielsweise verbesserte Händehygiene, neue Isolationsmassnahmen, neue Spitalumkleidekabinen, neue Spitalumkleidekabinen, neue Spitalumkleidekabinen Vergleiche werden jährlich mit anderen Spitälern durchgeführt und die Resultate ihrer Abklärung und auf die Resultate der Massnahmen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufmerksam gemacht

Standard Leitung: Dr. Martin Dorschner

Standort: 1. OG, Liftvorplatz Mitte gegen EKG

felixplatterspital

Patientenurteil Standard 2

Ziel des Standards

- Das Messen der Patientenzufriedenheit trägt zur Qualitätssicherung bei
- Aus der Messung abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen stärken und sichern die Patientenzufriedenheit
- Ein gesamtschweizerischer Vergleich mit anderen Spitälern im Sinne eines Benchmark kann durchgeführt werden

Inhalt des Standards

Zur Zeit findet eine Patientenbefragung statt: Die Befragung auf der Geriatrie ist weitgehend abgeschlossen, die Erfassung der Patientenurteile auf der Rheumatologie und der Ortho-Früh-Reha wird demnächst gestartet.

Letztlmals wurden 2004 die Patientenurteile erhoben. Damals wurden aufgrund das Befragung verschiedene Massnahmen, vor allem im Bereich Kommunikation und Information eingeleitet.

Neu werden dieses mal verschiedene ambulante Bereiche ebenfalls in die Befragung miteinbezogen.

Status des Standards

Massnahmenkatalog

Plan	Do	Check	Act
Befragungen im geriatrischen Kompetenzteam, der orthopädischen Frührehabilitation, der rheumatologischen Ambulanzklinik und im ambulanten Bereich planen	Befragungen werden seit 2009 durchgeführt	Die Ergebnisse werden ausgewertet und gesamtspitalweit mit anderen Spitälern verglichen (seit 2006)	Verbesserungsmaßnahmen werden ergriffen: Die Informationsmaterialien werden regelmässig überarbeitet und die Befragungsergebnisse werden regelmässig kommuniziert

Standard Leitung: Monique Brähler

Standort: EG vor Büro Monika Pfister

felixplatterspital

Pflege Standard 9

Ziel des Standards

- Pflegende arbeiten mit Pflegequalitätsstandards und tragen so zur Qualitätsentwicklung bei
- Mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen wird ein messbares Niveau der Pflegequalität festgelegt und weiterentwickelt
- Konkrete pflegerische Aufgaben werden strukturiert, mit Hilfe messbarer Kriterien bearbeitet und regelmässig überprüft

Inhalt des Standards

Folgende 3 Themen wurden bis heute bearbeitet:

- Pflegequalitätsstandard 1
 - Führen der Pflegedokumentation
- Pflegequalitätsstandard 2
 - Pflegende und Angehörige
- Pflegequalitätsstandard 3
 - Wunddokumentation

Status des Standards

Führen der Pflegedokumentation

Plan	Do	Check	Act
Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten werden seit 2002/2003 dokumentiert	Schulungen zum Führen der Pflegedokumentation und zum Erheben von Bedarfsfragen erfolgen 2002/2003	Die Struktur- und Prozessdaten werden in den Jahren zwischen 2001 und 2007 regelmässig erhoben. Die Resultate werden zum kontinuierlichen Ausbau des Erfassungsumfanges aus, teilweise alle formale Anforderungen sind erfüllt	Regelmässige Schulung: Kurs über die Pflegedokumentation Pflegequalität im Herbst 2007, aus mit Schulung zum Pflegeprozess und zur Pflegedokumentation

Pflegende und Angehörige

Plan	Do	Check	Act
Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten werden seit 2002/2004 dokumentiert	Konzept wurde 2003 auf allen Stationen ergriffen und umgesetzt	Die Struktur- und Prozessdaten werden in den Jahren zwischen 2004 und 2007 regelmässig erhoben. Ausserhalb sind nur die meisten Anforderungen erfüllt	Fortbildung der pflegerischen Massnahmen (Erhebung durch Führungspersonal und Fachauftraggeber)

Wunddokumentation

Plan	Do	Check	Act
Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten werden seit 2004 dokumentiert	Erhebung zur Dokumentation von Wunden wurde ergriffen. Die Resultate sind ergriffen	Die Struktur- und Prozessdaten werden in den Jahren zwischen 2004 und 2007 regelmässig erhoben. Die Resultate werden zum kontinuierlichen Ausbau des Erfassungsumfanges aus, teilweise alle formale Anforderungen sind erfüllt	Erhebung für die Dokumentation des Wundheilungs- und abheilungsprozess (Erhebung durch Führungspersonal und Fachauftraggeber)

Standard Leitung: Christian Heering

Standort: Bettenstation 4. Ost Links an Wand

felixplatterspital Standard 12

Mitarbeitende Menschen und Spital

Ziel des Standards

- Personalentwicklung
- Neue Mitarbeitende werden anhand eines Konzeptes gesamtbetrieblich eingearbeitet
- Das Spital fördert die Mitarbeitenden und deren betriebliche Mitsprache
- Die Vorgesetzten führen regelmässig Mitarbeitergespräche durch

Betriebskultur

- Das Spital fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Das Spital bietet Unterstützung zur Bearbeitung von internen Konflikten
- Das Spital bietet Hilfestellung bei Problemstellungen von Mitarbeitenden

Inhalt des Standards

- Richtlinien zur internen und externen Weiterbildung
- Richtlinien zum Mitarbeitergespräch
- Konzept zur Mitarbeiterführung
- Führungsinstrumente
- Merkblätter (z.B. zu sexueller Belästigung, Mobbing etc)

Status des Standards

Plan	Do	Check	Act
Plan: Konzept zur Mitarbeiterführung ist erstellt	Do: Neue MA werden seit dem 1. Juni 2015 nach einem Konzept eingeführt. Strukturierter Prozess. Jeder während der Probezeit und während des ersten 6 Monaten 2015	Check: Die Konzept wurde Anfang 2017 evaluiert	Act: Anpassung des Konzeptes und der Instrumente in weiteren Punkten
Plan: Weiterbildungsangebot ist erstellt	Do: WB-Bedarfsanalyse wurde im 2007 zum zweiten Mal durchgeführt. Aus den Resultaten wird das WB-Angebot 2008 erstellt	Check: Evaluation im Mai 2007	Act: Je nach Bedarfsmessungen nach offen
Plan: Austrittsinterviews werden durchgeführt	Do: Austrittsinterviews werden bei allen nachweislichen MA strukturiert durchgeführt und statistisch erfasst	Check: Aus den Statistiken wird der Handlungsbedarf jährlich für das Personalmanagement dokumentiert und der Sprachführung vorgelegt	Act: Aus dem Handlungsbedarf wird die Sprachführung jährlich Massnahmen ab
Plan: Leitlinien M&U (Management & Usability) sind erstellt	Do: M&U Instrument wurde mittels statistischen Untersuchungen erstellt und seit 2007 eingesetzt	Check: 2008 wurde die jährlich Durchführung des M&U zweijährlich gemessen. Die Prozessdaten sind für M&U und werden auf Basis der Mängel aufarbeiten	Act: Alle Einmassnahmen haben eine 8-stufige Follow-upphase nach Abschluss
Plan: Weiterentwicklung der MA ist erfolgt	Do: Regelmässige Weiterentwicklung der Belegschaft zwischen MA und dem Betrieb bei allen relevanten WB-Angeboten	Check: Weiterentwicklung wurde im Frühjahr 2008 evaluiert und Weiterentwicklungsmassnahmen eingeleitet	Act: Zur Zeit kein weiterer Handlungsbedarf

Standard Leitung: Nicole Döbler - Trepp

Standort: EG vor grossem Saal

felixplatterspital Standard 15

Ernährung

Ziel des Standards

- Wir sorgen für eine gesunde Ernährung unter Berücksichtigung der motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten unserer PatientInnen
- Die Essenswünsche und Bedürfnisse der PatientInnen werden nach Möglichkeit berücksichtigt

Inhalt des Standards

- Die Themen Malnutrition und enterale / parenterale Ernährung werden umgesetzt und überprüft
- Die Ernährungskommission (bestehend seit 2002) kontrolliert und entwickelt fortlaufend die an die Linie übergebene Projekttitel:

Ernährungsrichtlinien, Menüangebot, Esbestellwesen, Produktion, Fingerfood und Tischkultur
 Sie ist Anlaufstelle für alle interdisziplinären Fragestellungen zur Ernährung im FPS, koordiniert und unterstützt Ernährungsprojekte und evaluiert Ernährungsprodukte

- Die "AG Salz und Pfeffer" bearbeitet im Auftrag der Ernährungskommission folgende Themen: Laufende Anpassung der Kostformen und Wahlkost, Feedbackrunden, Betreuung des Esbestellsystems und die Koordination der interdisziplinären Abläufe

Status des Standards

Plan	Do	Check	Act
Plan: Unterstützung für Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen Ernährungsprobleme haben, um sicherzustellen, dass sie sich ernähren können	Do: Fingerfood seit 2003 im Angebot	Check: wurde 2005 in der Pflegekammer und im Sektor 3 evaluiert	Act: Weiterentwicklung des Bestellwesens, Abklärung des Folgebegriffes abgrenzen und Übergang an die Linie
Plan: Bei jedem neu hospitalisierten Patienten wird ein Ernährungsstatus erhoben, eine Malnutrition frühzeitig erkannt und der entsprechende Ernährungsstatus aufrechterhalten	Do: Identifizierung, Erfassung und Behandlung der Patienten mit Malnutrition oder im Risiko für eine Malnutrition	Check: Übergang Umsetzung mittels Schulungen	Act: 2008 Start Ernährungsplan 2007 Auswertung der Risikoprüfung
Plan: 2006 Verankerung der Richtlinien zur enteralen / parenteralen Ernährung	Do: Umsetzung der verankernden Richtlinien	Check: Überprüfung der Umsetzung im 2008	Act: nach offen

Standard Leitung: Marika Pfister

Standort: EG Friscomännchen vor Cafeteria

felixplatterspital Standard 17

Umgang mit Beschwerden und Wünschen von Patientinnen und Patienten

Ziel des Standards

- Die Mitarbeitenden des FPS wissen, wie sie mit Beschwerden und Wünschen umgehen sollen
- Die Bearbeitung von Beschwerden und Wünschen soll die Patientenzufriedenheit und das Image vom FPS positiv beeinflussen

Inhalt des Standards

Status des Standards

Plan	Do	Check	Act
Plan: Das Konzept zum Umgang mit Beschwerden und Wünschen ist erstellt	Do: Die beiden Konzepte sind eingeführt und die Mitarbeitenden geschult. Beschwerden werden eingeregistriert und Weiterentwicklungsmassnahmen geplant und umgesetzt	Check: Beschwerden und für die eingeregisterten Weiterentwicklungsmassnahmen werden bearbeitet	Act: Zahlreiche Weiterentwicklungsmassnahmen werden bereits umgesetzt: Anschaffung, Trennung von Patientenräumen, Bestplatzierung für Angehörige usw., FPS-Ziel 2007 "Abgrenzung, Positionierung, Patientenzufriedenheit"

Standard Leitung: Urs Ulrich

Standort: EG Eingangshalle neben Empfang

felixplatterspital Standard 29

Sturzvermeidung

Ziel des Standards

- Stürze sollen so weit wie möglich verhindert werden
- Massnahmen die helfen, Sturzgefahr und Verletzungsrisiko zu vermindern, sollen individuell allen PatientInnen angeboten werden
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind kompetente Ansprechpersonen für sturzgefährdete und gestürzte PatientInnen und deren Angehörigen

Voraussetzungen und Inhalt des Standards

- Erhöhte Sturzgefahr ist im FPS der Normalfall; Beobachtung der Bewegungssicherheit ist dauernde Aufgabe des Behandlungsteams
- Die korrekte Behandlung durch das geriatrische Team bildet die Basis der Sturzvermeidung
- Jeder Sturz im FPS wird mittels Protokoll dokumentiert
- Die Massnahmen zur Vermeidung des Sturzrisikos werden gemeinsam im Pflorgeteam, auf der Visite und in den interdisziplinären Konferenzen besprochen
- Die Protokolle werden in einer Datenbank erfasst und jährlich im Sturzinfo veröffentlicht

Status des Standards

Einführung einer Sturzrisikoprüfung bei Eintritt für alle Patienten ab 2. Halbjahr 2007

Plan	Do	Check	Act
Plan: Massnahmenkatalog / Sturznotizen	Do: Alle Sturzrisiken und -bereiche sind einbezogen (Anzahl 2007 und ein Sturzrisiko laut 2006 zur Verfügung, in denen verletzungsrelevante Massnahmen und Risikoassessoren sind)	Check: alle Sturzrisikoprüfungen werden jährlich evaluiert	Act: Alle Sturzrisikoprüfungen erhalten eine Analyse der dokumentierten Massnahmen und Massnahmen dieser (z.B. Pflageplan, die Massnahmenhaltung wird jährlich in zwei Fortbildungen der Auszubildenden und -leuten vorgestellt)
Plan: Aktualisierung der Protokolle soll weiter verbessert	Do: Neugestaltung der Protokolle im 2005; Weiterentwicklung der Protokolle im 2006; schriftliche Evaluation der Protokolle im 2007	Check: Weiter Zuziele der Protokolle im 2005 und 2006	Act: kontinuierliche Umsetzung
Plan: Einführung einer Sturzrisikoprüfung	Do: Einführung eines Systems zur Sturzrisikoprüfung mit Checkliste der Risikofaktoren und 3 Sturzrisikoprüfung, Protokolle, Sturzrisiko 1 und 2	Check: Analyse des Protokolls, System, Protokolle	Act: schriftlicher Einführung im Grosssaal ab Sommer 2007 bis Ende 2008

Standard Leitung: Dr. Matthias Frank

Standort: EG Wartepplatz Physioschalter