



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Pflegedienst

Konzept

**Qualitätsentwicklungskonzept
Juni 2004**

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
2 Ziele des Qualitätsentwicklungskonzeptes	4
2.1 Begründung	4
3 Qualitätsentwicklung	5
4 Qualitätsmanagement am KSW	6
4.1 EFQM	6
4.2 Qualitätskommission	7
5 Pflege und Qualität	8
5.1 Pflegequalität	8
5.2 Pflegeberufliche Normen	8
6 Grundlagen des KSW	10
6.1 Rahmenkontrakt	10
6.2 Finanzen und Sparmassnahmen	10
6.3 Leitbild	11
6.4 Mitarbeiterin	12
7 Phasen der Qualitätsentwicklung	16
7.1 Qualitätszyklus (PCDA - Plan, Do, Check, Act)	16
8 Konzepte, Qualitätsstandard, Richtlinien, Weisungen	17
8.1 Richtlinien und Weisungen	17
8.2 Qualitätsstandard	18
8.3 Konzepte	19
9 Externe Methoden zur Qualitätsentwicklung	21
9.1 Verein Outcome	21
9.2 Zufriedenheit der Patientinnen	22
9.3 Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen	22
10 Interne Methoden zur Qualitätsentwicklung	23
10.1 Qualitätszirkel	23
10.2 Qualitätsentwicklung in der Berufsbildung	23
10.3 Hygienekommission	24
10.4 Ethik Forum	24
10.5 Management Kritisches Ereignis/Zwischenfall	24

11 Analyse der Messresultate	26
12 Konsequenzen der Qualitätsentwicklung	27
Glossar	30
Literaturverzeichnis	33
Abkürzungen	36
Mitwirkende in diesem Konzept	37
Erarbeitet durch die Mitglieder der Projektgruppe	37
Punktuelle Mitarbeit	37
Vernehmlassung	37
Spitalleitung	37
Anhang	38
Umsetzung des Qualitätsmanagements (2004 bis 2007)	
Richtlinie Pflegedienst	
Qualitätsstandard	
EFQM Modell	

Zur einfacheren Lesbarkeit wird die weibliche Form gewählt. Das männliche Geschlecht ist dabei immer mit - eingeschlossen. Zitate sind in der Originalfassung aufgeführt.

1 Einleitung

Das vorliegende Konzept befasst sich mit der Qualitätsentwicklung im Fachbereich Pflege. Im Zentrum der Pflege steht die Patientin. Die Qualitätsentwicklung muss zum Wohle der Patientin geschehen. Die Professionalisierung der Pflege bedingt die Auseinandersetzung mit der Frage: Was ist gute Pflege? Die Pflegefachpersonen befassen sich seit jeher mit Qualitätsfragen. Neue Aspekte zeigen sich in der Systematisierung, der Daten- und Zielbasierung der Qualitätsentwicklung. Verstärkt wurde diese Auseinandersetzung des Qualitätsthemas im Gesundheitswesen durch die gesetzliche Verankerung im Krankenversicherungsgesetz KVG 1994. Effektives Handeln in der Pflege bedarf der Erkenntnis, dass die Qualität laufend überprüft und Qualitätsmängel behoben werden. Ein transparentes Qualitätsmanagement ist eine Anforderung, die an den Fachbereich Pflege gestellt wird. Das Qualitätsentwicklungskonzept Pflege berücksichtigt die spitalstrategischen Ziele. Die Spitalleitung des Kantonsspitals Winterthur (KSW) hat das Qualitätsmanagementsystem der European Foundation for Quality Management – EFQM® (1988) als Rahmenmodell gewählt. Die Umsetzung in Form einer Selbstbewertung hat noch nicht stattgefunden. Das Konzept wird zu einem Zeitpunkt verfasst, in dem bereits mit vielen unterschiedlichen Instrumenten und Methoden Qualität ausgewiesen wird. Die ausgeprägte Vielfalt, der im KSW und auf den verschiedenen Kliniken angewandten Begriffe und Instrumente, macht es nötig, zu entscheiden, welche Massnahmen und Instrumente für den Pflegedienst generell Sinn machen. Mit der Konzeptentwicklung soll ein zentraler Überblick über die Vielfalt erreicht und Energien zu Synergien gebündelt werden. Das Qualitätskonzept Pflege wird allen Mitarbeiterinnen im Pflegedienst über das Intranet zugänglich sein. Unterstrichene Begriffe sind direkt verlinkt. Über den EFQM- Balken wird der Bezug zu den Kriterien hergestellt.

2 Ziele des Qualitätsentwicklungskonzeptes

Das Qualitätsentwicklungskonzept der Pflege ist verbindlich. Es basiert auf dem für das KSW bestehenden Qualitätsmanagement (2002), das sich am Qualitätsmanagementsystem des EFQM® Modell orientiert. Jedes Kapitel wird deshalb einem EFQM Hauptkriterium zugeordnet. Es bestehen enge Verbindungen und Überschneidungen bei den einzelnen Hauptkriterien. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden erfolgt die Zuordnung der Themen (am Kapitelende) zu einem, zwei max. drei Hauptkriterien des EFQM-Modells.

Bestehende Begriffe sind reduziert, geklärt und verständlich definiert, was die Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache fördert. Die Begriffe sind verbindlich und einheitlich im KSW angewendet.

Instrumente und Methoden für die Qualitätsentwicklung sind festgelegt, die Verantwortungen und Kompetenzen geklärt.

Mit dem Qualitätsentwicklungskonzept ist ausgewiesen: wer, wann, wo, wie die Qualität überprüft und wie vorhandene Defizite verbessert werden.

Das Qualitätskonzept Pflege ist prozesshaft umgesetzt. Die Umsetzungsdauer ist, in Absprache mit der Leitung Pflegedienst und den Leitungen Pflege, definiert. Das Konzept wird jährlich innerhalb einer Kadersitzung überprüft und angepasst.

2.1 Begründung

Die Zielsetzungen für das Konzept ergaben sich aus folgender Ausgangslage:

Der Artikel 58 Qualitätssicherung im Krankenversicherungsgesetz (KVG 1994) und der Artikel 77 in den Verordnungen über die Krankenversicherung (KVV 1995) verpflichtet die Leistungserbringer oder

deren Verbände Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erarbeiten.

Am KSW wurde im Jahr 2002 ein Qualitätskonzept „Qualitätsmanagement am KSW“ entwickelt, das als verbindliche Grundlage dient. Darin sind wenig Definitionen und das Qualitätsmanagementsystem vorgegeben. Dieses Qualitätskonzept hat einen hohen Abstraktionsgrad und muss deshalb für den Fachbereich Pflege konkretisiert werden.

H+ (Die Spitäler der Schweiz) schreibt im Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus (1997): *“Ziel der Massnahmen zum Qualitätsmanagement muss es sein, vorhandene Defizite der Qualität zu erkennen und einen Veränderungsprozess auszulösen“.* (H+ 1997 S. 4)

Der Wissensstand zu Qualität der Mitarbeiterinnen im Pflegedienst ist sehr unterschiedlich. Der Gebrauch von verschiedenen Begriffen für das Gleiche führt zu Unklarheiten und Grundsatzdiskussionen, was eine effiziente Arbeitsweise behindert. Synergien können zu wenig genutzt werden durch unterschiedliches Vorgehen, unterschiedliche Strukturen und nicht geklärte Verantwortungen.

Pflegequalität kann durch verschiedene Messungen punktuell ausgewiesen werden, der strukturelle Rahmen dazu ist jedoch wenig transparent. Es gibt für die Pflegenden kaum Orientierungsmöglichkeiten, wie die Pflegequalität am KSW gesichert wird. Somit können sie schlecht verbalisieren, was in der Funktion 5 der Pflege vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK 1990) *„Mitwirken bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege“* gefordert wird.

Das Sanierungsprogramm 2004 bis 2006 der Zürcher Regierung verlangt einen Qualitäts- und Leistungsabbau in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Damit wir innerhalb des Pflegedienstes über einen solchen Abbau sprechen können, bedarf es einer gemeinsamen Sprache und Definitionen.

3 Qualitätsentwicklung

Rund um Qualität existieren unzählige Begriffe, die Ähnliches oder Gleiches bedeuten. Im Bereich Pflege werden wir mit dem Begriff Qualitätsentwicklung arbeiten und uns auf folgende Definition beziehen.

3.1 Definition:

„Dynamische Aktivitäten der Qualitätssicherung, die zu einer kontinuierlichen Verbesserung der erbrachten Dienst- oder Pflegeleistungen führen.“ (Nationale Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen, NAQ 1999)

Kommentar:

„Unter dem Begriff Qualitätsentwicklung werden auch andere Ausdrücke subsumiert: kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Qualitätsförderung, Qualitätssicherung.“ (NAQ, 1999)

Begründung:

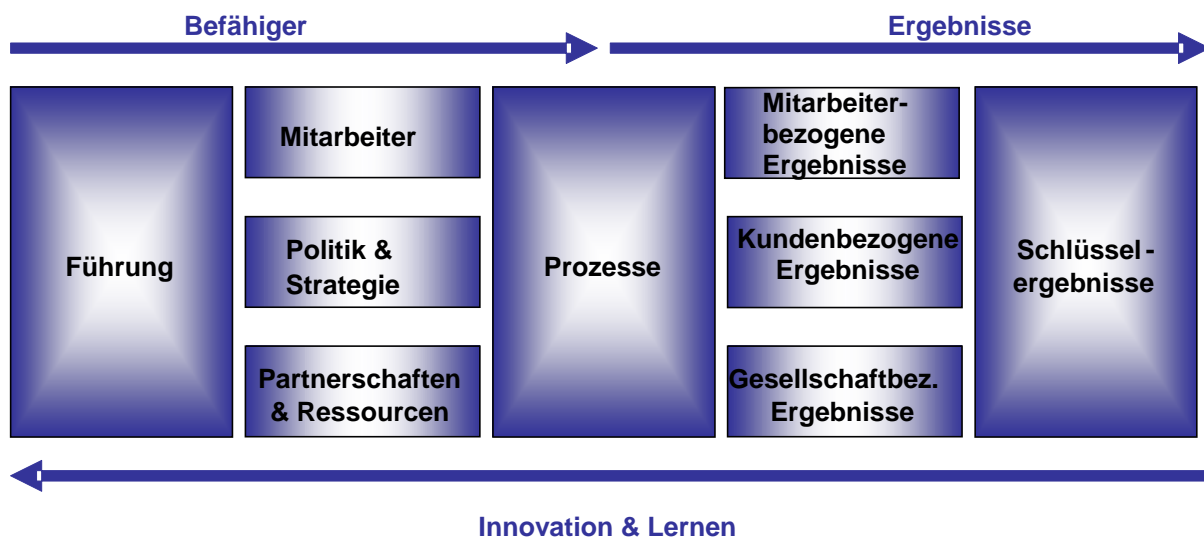
Die Bezeichnung „Entwicklung“ beinhaltet sowohl Kontrolle als auch Sicherung der Qualität. Der Begriff Entwicklung ist nicht statisch, sondern dynamisch und ist weniger einschränkend als andere Bezeichnungen.

4 Qualitätsmanagement am KSW

Im KSW wurde im Jahr 2002 ein Qualitätskonzept erstellt. Dieses beschreibt das Qualitätsmanagement mit Qualitätsdefinitionen, den Grundlagen der Qualitätspolitik und -strategie sowie das Qualitätsmanagementsystem. Das vorliegende Qualitätsentwicklungskonzept für die Pflege orientiert sich am bestehenden Qualitätskonzept (KSW, 2002).

4.1 EFQM

Das KSW orientiert sich zur Qualitätsentwicklung am EFQM Modell (siehe Anhang).



„Der Grundgedanke beim EFQM-Modell ist, dass eine Organisation durch den Prozess der Selbstbewertung zu ständigen Verbesserungen der eigenen Leistungen angeregt wird und so zu Spitzenleistungen gelangt“ (Weiss P. 2000, S. 127). Das Bewertungsmodell umfasst neun Hauptkriterien, die in 32 Subkriterien unterteilt sind. Die Befähiger-Kriterien (Aktivitäten) befassen sich damit, wie sich das Unternehmen organisiert und die Ergebnis-Kriterien, was die Organisation erreicht.

„Kundinnenzufriedenheit, Mitarbeiterinnenzufriedenheit und positive gesellschaftliche Verantwortung/Image werden durch ein Führungskonzept erzielt, das durch eine spezifische Politik und Strategie, eine geeignete Mitarbeiterinnenorientierung sowie das Management der Ressourcen und Prozesse zu herausragenden Geschäftsergebnissen führt.“ (KSW 2002 Qualitätskonzept, S. 14)

4.1.1 RADAR

Ein Stück des Modells ist ein logisches Konzept, das mit dem Wort RADAR umschrieben wird.“ (EFQM-Modell für Excellence, 1999) Es setzt sich zusammen aus den 4 Elementen **R**esults (Ergebnisse) **A**pproach (Vorgehen) **D**eployment (Umsetzung) **A**ssessment and **R**eview (Bewertung und Überprüfung). Das Selbstbewertung wird anhand des RADAR Modells gemacht.



Die **Ergebnisse** umfassen die Leistung einer Organisation: Die Ziele sind angemessen und werden erreicht oder übertroffen ⇒ *die gewünschten Ergebnisse bestimmen*.

Das **Vorgehen** umfasst das geplante Vorgehen und die Gründe dafür. Eine exzellente Organisation wird über ein fundiertes Vorgehen verfügen, über klar begründete, gut definierte und gestaltete Prozesse ⇒ *Vorgehen planen und entwickeln*.

Die **Umsetzung** umfasst die systematische Art und Weise wie eine Organisation das Vorgehen in allen relevanten Bereichen umsetzt.

Die **Bewertung und Überprüfung** umfasst, was eine Organisation tut, um das Vorgehen und die Umsetzung des Vorgehens zu bewerten und zu überprüfen. Die Ergebnisse werden verwendet, um Verbesserungen zu identifizieren, zu priorisieren, zu planen und einzuführen.

4.2 Qualitätskommission

Aufgaben, Ziele und Kompetenzen der Qualitätskommission sind nicht konkret geklärt. Die Qualitätskommission ist aktuell im Prozess der Klärung und Neuorientierung.

Der Pflegedienst wird sich entscheiden, wer mit welchem Auftrag von der Pflege in der Kommission vertreten sein wird, sobald die oben genannten Punkte geklärt sind. Zurzeit sind die Leitung Pflegedienst, Leitung Pflege der Kinderklinik und die Pflegeexpertinnen Mitglieder der Kommission.

5 Pflege und Qualität

5.1 Pflegequalität

5.1.1 Definition

Pflegequalität ist das Ausmass an Übereinstimmung zwischen der Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung und der Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse, die durch die Leistungserbringerinnen definiert werden.

Die Erfordernisse basieren auf Qualitätskriterien. Sie werden in Qualitätsstandards zusammengefasst, die sich wenn möglich auf evidenz-basierte Literatur stützen. Die Leistungen gehen aus dem Bedarf der Leistungsempfängerinnen hervor (Baartmans & Geng 2000).

5.2 Pflegeberufliche Normen

Die pflegerische Berufsethik (Ethik-Kodex für Pflegenden, International Council of Nurses ICN, 2000) ist die Basis für das Verhalten im Pflegeberuf. Als Folge der knapper werdenden Ressourcen fällt es den Pflegenden immer schwerer, ihre Verantwortung gegenüber den Patientinnen und somit auch der Gesellschaft gerecht zu werden. In diesem Sinne kann die folgende Aussage der ärztlichen Berufscharta auch für die Pflege übernommen werden. „Unter diesen Umständen ist es umso wichtiger, die grundlegenden und allgemeinen Prinzipien und Werte des pflegerischen Berufsstandes zu bekräftigen. Dies sind die Ideale, nach denen alle Pflegenden weiterhin streben sollten“ (Charta zur ärztlichen Berufsethik, 2003 – der ärztliche Berufsstand wurde mit pflegerischem Berufsstand ersetzt). Reutlinger, 2001, schreibt, dass sich der Diskurs der Pflegequalität heute hauptsächlich um Kosten, Kostenreduktion und Massnahmen, die die Effizienz steigern bei möglichst gleich bleibender bzw. verbesserter Qualität dreht. Aus der gesundheitspolitischen Perspektive wird Qualität oft gleichgesetzt mit kostengünstiger Pflege, die sich inhaltlich nach den verfügbaren Ressourcen zu richten hat. Berufliche Standards und traditionelle berufsethische Werte werden dadurch immer mehr in den Hintergrund gedrängt.

Anderson (1996 zit. in Reutlinger; WHO, 1986) fordert, dass für eine Gesundheit für Alle auch Prinzipien der Gerechtigkeit in Entscheidungen zur Effizienz der Pflege mit einfließen müssen. Ziele wie bessere Qualität und Produktivität kann eine Organisation über längere Zeit nur aufrechterhalten wenn Führung, Qualität und Ethik konzeptionell vereint werden.

Um die Pflegequalität zu sichern, hat der Schweizerische Berufsverband für Pflegefachfrauen/-männer (SBK) bereits im Jahre 1990 drei nationale Pflegestandards definiert. Sie sind als Minimalanforderungen formuliert und nicht als Zielvorgaben, die zu erreichen sind.

Standard 1: Pflege

<p>Die Patienten/Klienten erhalten auf den Grundlagen des Pflegeprozesses eine individuelle, ihrer Situation entsprechende, zielgerichtete Pflege.</p>	<p>Kriterien: (zwei relevante Kriterien von insgesamt 13)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ überprüft regelmässig die Pflegequalität und ist für die Behebung auftretender Qualitätsmängel besorgt.▪ lässt Resultate von Forschungsarbeiten in die Pflege einfließen oder verwirklicht selber Untersuchungen, die die Verbesserung der Pflegequalität zum Ziel haben.
--	--

Standard 2: Organisation des Pflegedienstes

<p>Es besteht ein organisierter Pflegedienst, der die Verantwortung für die Sicherheit der Pflegequalität trägt.</p>	<p>Kriterien: (zwei relevante Kriterien von insgesamt 7)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ bestimmt das Qualitätsniveau der Pflege durch schriftlich festgehaltene Kriterien, überprüft diese systematisch und ist für die Behebung auftretender Qualitätsmängel besorgt▪ setzt sich dafür ein, dass dem Pflegedienst quantitativ und qualitativ genügend Stellen zur Verfügung stehen, um die Pflege im Rahmen der festgelegten Pflegequalität zu realisieren und den Lernenden die entsprechende Ausbildung zukommen zu lassen
--	---

Standard 3: Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals

<p>Das Pflegepersonal hält sich für seine Aufgaben durch entsprechende Fort- und Weiterbildung auf dem Laufenden.</p>	
---	--

5.2.1 Aufgaben der Berufsangehörigen

Die Berufsangehörigen zeigen ihre berufliche Verantwortung durch das Einhalten der ethischen Normen und durch das Bestreben, ihre eigene Arbeitsweise regelmässig zu überprüfen, ihre Kenntnisse laufend zu erweitern und die Forschung nach neuem pflegerischem Wissen voranzutreiben (SBK 2000).

6 Grundlagen des KSW

6.1 Rahmenkontrakt

Ein jährlich verhandelter Rahmenkontrakt zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und dem KSW bildet die Basis für den Leistungsauftrag. Dieser wird wie folgt definiert: (...) „Das KSW verpflichtet sich, obligatorisch grundversicherte Patientinnen und Patienten im Rahmen des vereinbarten Leistungsspektrum zu behandeln. (...) Bei der Patientenbehandlung und –betreuung muss den psychischen, physischen und sozialen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise unter angemessenem Ressourceneinsatz Rechnung getragen werden. Sie beinhaltet je nach Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ein Optimum an Erhaltung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Funktionen und der seelischen/geistigen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten des Menschen. (...) Im Auftrag miteingeschlossen ist auch die Begleitung und Betreuung Sterbender und ihrer Bezugspersonen. Die Erfassung und Erfüllung der Patientenbedürfnisse erfolgt nach Möglichkeit im Dialog und in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten und richtet sich nach dem Prinzip der Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten.“ (Rahmenkontrakt, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 2003)

6.2 Finanzen und Sparmassnahmen

Das Sanierungsprogramm 2004 der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist ein Kostensenkungsprogramm, dessen Fokus auf den ökonomischen Aspekten der Patientinnenbehandlung liegt, unter ausdrücklicher Inkaufnahme eines Leistungs- und Qualitätsabbaus.

Der Pflegedienst ist gegenüber dem eigenen Berufsstand und der Patientin verpflichtet, diesen Qualitätsabbau auf ein geringst mögliches Minimum zu reduzieren. Ein Leistungs- und Qualitätsabbau soll in den Bereichen ausserhalb dem direkten Kontakt mit Patientinnen geprüft und wo möglich umgesetzt werden. In der direkten Krankenpflege sollen die Mindestansprüche an Betreuung und Sicherheit gewährleistet werden.

Bei den aufdiktierten Sparmassnahmen wird dies in naher und ferner Zukunft ein Hochseilakt werden. Für den Pflegedienst muss die Leistungserfassung der Pflēgetätigkeit oberste Priorität haben. Eine Leistungserfassung unserer Pflēgetätigkeit verpflichtet diese laufend zu überprüfen auf Qualität der Arbeitsauführung und des Preis-/ Leistungsverhältnisses. Die immer enger kalkulierten Ressourcen im Pflegedienst sind nicht leistungsabhängig sondern verhandlungsbedingt im Leistungsauftrag hinter Pflegepauschalen „versteckt“. So gibt es keine echte Transparenz zwischen erbrachter Leistung und effektiven Kosten für die Pflege- und Behandlungstätigkeit des Pflegefachpersonals. Nur wenn man weiss, was etwas kostet und welcher Ertrag erzielt wird, kann man auch wirklich über Qualität inkl. Qualitätsabbau und Sparpotential sprechen.

Mögliche Themen des Sanierungsprogramms sind:

- ✚ Wer und mit welcher Ausbildung macht zu welchen Konditionen welche Arbeit?
- ✚ Aufteilung der Arbeitsbereiche zwischen und innerhalb der Berufsgruppen
- ✚ Festlegung eines Grundstandards für grundversicherte Patientinnen und definierter Mehrleistungen für zusatzversicherte Patientinnen

6.3 Leitbild

Im KSW existieren Leitbilder. Das Leitbild KSW (1995) macht Aussagen zum Auftrag des KSW, zu Patientinnen und Patienten, zu Führung und Organisation sowie zu Qualität und Kontaktpflege. Das Pflegeleitbild bezieht sich ausschliesslich auf die Pflegeleistungen im KSW. Im Qualitätsentwicklungskonzept der Pflege sind Aussagen aus dem Leitbild und Pflegeleitbild aufgeführt, die einen konkreten Bezug zur Qualitätsentwicklung haben.

6.3.1 Leitbild KSW und Qualität

Relevante Auszüge

Unsere Leistungen sind gekennzeichnet durch hohe Qualität, Kundinnenzufriedenheit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit. Die Qualität überwachen wir kontinuierlich in Bezug auf Struktur, Prozess und Ergebnis.

Ein hohes Leistungsniveau und fortschrittliche Arbeitsbedingungen sind für uns Grundlage, qualifizierte Mitarbeiterinnen zu gewinnen und zu erhalten (2002).

6.3.2 Pflegeleitbild und Qualität

Relevante Auszüge

Pflegequalität

Wir streben eine gute Pflege (Stufe 2 angemessene Pflege nach Fiechter & Meier, 1985) an. Diese wird kontinuierlich überprüft, beurteilt und entsprechend angepasst.

Wir arbeiten mit dem Instrument des Pflegeprozesses und dokumentieren unsere Pflege.

Wir überprüfen die Wirksamkeit unseres Handelns und ziehen daraus Konsequenzen.

Wir engagieren uns für die Weiterentwicklung der Pflege und sind der Pflegeforschung gegenüber offen.

EFQM: Führung / Politik & Strategie

6.3.3 Leitbild KSW und Mitarbeiterin

Ein Leistungsniveau und fortschrittliche Arbeitsbedingungen sind für uns die Grundlagen, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen und zu erhalten.

Wir fördern zielgerichtete Fort- und Weiterbildung¹ und unterstützen eine Laufbahnplanung, die auch eine persönliche Entwicklung miteinschliesst.

¹ Im Originaltext steht Aus- und Weiterbildung. In diesem Konzept werden die Begriffe Fort- und Weiterbildung genutzt gemäss den verbindlichen Definitionen im KSW (2002).

6.3.4 Pflegeleitbild KSW und Mitarbeiterin

„Die Leitung Pflegedienst sowie das Pflegekader erachten ihre Mitarbeitenden als wichtigstes Potential des Pflegedienstes.“

„Die Leitung Pflegedienst schafft zusammen mit dem Pflegekader Voraussetzungen und Rahmenbedingungen damit die Pflege im Sinne dieses Leitbildes möglich ist und die strukturellen Bedingungen den Aufgaben entsprechen.

Führen und Fördern heisst, Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erkennen und zu nutzen, Schwächen anzugehen.“

„Wir streben ein Arbeitsklima an, in dem Offenheit, Transparenz und gegenseitige Unterstützung möglich sind.“

6.3.5 Pflegeleitbild, Fort und Weiterbildung

„Wir überprüfen und überdenken unser Handeln und Verhalten, mit dem Ziel unser Pflegewissen zu verfeinern und zu vertiefen.“

„Wir sorgen für Bedingungen, die Lern- und Veränderungsprozesse ermöglichen. Wir erachten fachliche und persönliche Fortbildungen im Rahmen des Bildungskonzeptes als Recht und Pflicht jeder Pflegeperson.“

EFQM: Führung / Mitarbeiter

6.4 Mitarbeiterin

Die Qualität der Mitarbeiterinnen Betreuung ist ein wesentlicher Qualitätsfaktor. Wichtige Prozesse sind neben der alltäglichen Führung und Leitung der Mitarbeiterinnen für das Pflegekader die Qualitätssegmente Rekrutierung, Mitarbeiterinnenbeurteilung, Fort- und Weiterbildung, Fehlzeitenmanagement, Rückmeldungen von Mitarbeiterinnen und Fluktuation. Die aufgeführten Qualitätssegmente beeinflussen direkt die Arbeitsqualität der Pflegenden.

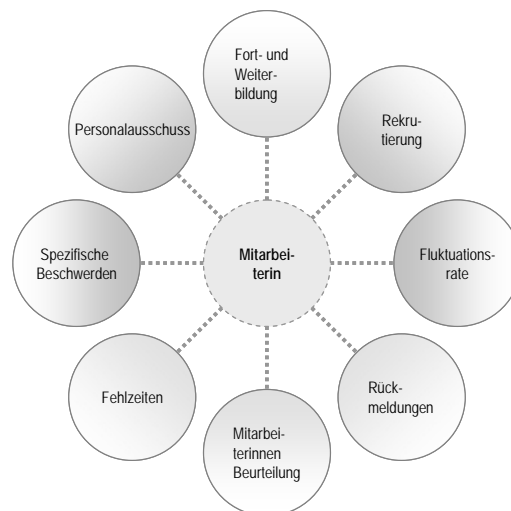


Abb. AG, Qualitätskonzept Pflege, 2004

6.4.1 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Definition:

<p>Ausbildung: Berufliche Grundausbildung mit Abschluss Fortbildung: Bildungsmassnahmen zum Erhalt oder Steigerung der beruflichen Kompetenz Weiterbildung: Berufliche Weiterqualifikation mit Abschluss (Bildungskonzept KSW 2003)</p>
--

Auszug aus dem Personalentwicklungsangebot 2004

„Die Qualität des Kantonsspitals Winterthur misst sich an der Arbeit jeder Mitarbeiterin sowie am Zusammenspiel im Team. Daraus entsteht ein Gesamteindruck. Da wir unser Spital für die Bedürfnisse der Patientinnen, der Mitarbeitenden und aller Partner weiter verbessern wollen, nehmen wir die Förderung der Mitarbeitenden sehr ernst. Indem wir die Qualifikation der Mitarbeitenden steigern, erhöhen wir die Qualität des KSW als Gesundheitszentrum, als Ausbildungsstätte und nicht zuletzt als Arbeitgeber.“ (Steiner, 2004)

Ziele der Personalentwicklung aus der Sicht des KSW

- ✚ Verbesserung des Leistungsverhaltens bei den Beschäftigten,
- ✚ Steigerung der bei den MA vorhandenen Sozialfähigkeiten,
- ✚ Erhöhung der innerbetrieblichen Kooperation und Kommunikation,
- ✚ Erhöhung der fachlichen Qualifikationen,
- ✚ Erhöhung der Arbeitszufriedenheit,
- ✚ Senkung der Fluktuation.

[Link Intranet zu Papier Definitionen und Ziele der Personalentwicklung, KSW, 2003](#)

Konkretisierung für die Pflegepraxis

Das Fort- und Weiterbildungsangebot wird entsprechend der Zielvereinbarungen und des Budget der betreffenden KIDB geplant. Grundlage bildet die Qualifikation und das Anforderungsprofil an die betreffende Funktion.

Zur Fort- und Weiterbildung besteht ein entsprechendes Personalentwicklungsangebot des KSW. Die Rahmenbedingungen sind konkretisiert. Fort- und Weiterbildungstage werden in den Stellenplan einberechnet.

6.4.2 Rekrutierung

Der Personalbedarf wird laufend anhand des bewilligten Soll-Stellenplanes geprüft. Besteht ein Personalbedarf, wird anhand des Anforderungsprofils eruiert, welche Person es braucht, um das bestehende Team in der Auftragsumsetzung zu unterstützen. Das heisst konkret: „Die richtige Mitarbeiterin mit der entsprechenden Ausbildung besetzt die richtige Stelle mit dem Ziel, den Leistungsauftrag zu erfüllen“. Der Rekrutierungsablauf ist definiert, beschrieben und wird effizient umgesetzt.

Im Bewerbungsgespräch wird eine Mindestverweildauer der neuen Mitarbeiterin besprochen und festgelegt. Die Verweildauer variiert je nach „Berufsgruppe“. Für diplomierte Pflegefachfrauen ist die Festlegung einer Mindestverweildauer für 2 Jahre in der Arbeitsvereinbarung wünschenswert. Begründungen sind unter Fluktuationsrate aufgeführt.

Es besteht ein Einführungskonzept für neue Mitarbeiterinnen. Die Einführung ist geplant und wird evaluiert.

6.4.3 Fluktuationsrate

Fluktuation im Rahmen von 20 - 30% ist eine normale Rate (Glasl, 1999). Für spezifische Berufsgruppen kann sie höher sein.

Das Ziel ist, die Fluktuation beim Personal des Pflegedienstes zwischen 15-25% einzupendeln. Damit kann der Qualität insofern Rechnung getragen werden, dass einerseits wichtiges Erfahrungswissen erhalten bleibt und andererseits neue Mitarbeiterinnen Betriebsblindheiten aufdecken können, was Innovationen zum Lernen auslösen kann.

In amerikanischen Magnetspitälern konnte die positiven Auswirkungen durch erfahrene Pflegende aufgezeigt werden (Bachmann-Mettler (1997) zitiert Clark 1995). Die Pflegequalität war eindeutig höher, je mehr erfahrene Pflegende angestellt waren, dies zeigte sich durch eine tiefere Mortalitätsrate bei den Patientinnen. Die Studie (Bachmann-Mettler, 1997) zeigt auf, dass langjährige Mitarbeiterinnen mit Weiterbildung von den Patientinnen als qualitativ besser beurteilt wurden, was sich auf das Wohlbefinden der Patientinnen positiv auswirkte.

Laut Schubert et al. (2004) liegt der Kostenfaktor bei CHF. 40'000.- pro austretende qualifizierte Pflegefachperson. Hier findet sich ein grosses Sparpotential.

6.4.4 Rückmeldungen der Mitarbeiterinnen

Rückmeldungen von Mitarbeiterinnen sind erwünscht und finden regelmässig statt. Sie sind Chancen zum sozialen und betrieblichen Lernen. Es existieren verschiedene Gefässe um Ideen wie auch Kritik zu platzieren.

Der zeitliche Faktor für die Rückmeldungen wird vom Pflegekader bestimmt. Die Rückmeldungen werden durch definierte Personen bearbeitet. Relevante Themen werden aufgenommen, dementsprechende Ziele abgeleitet und sinnvolle Massnahmen zur Verbesserung entwickelt. Wesentliche Inhalte müssen in die Zielsetzungen der Klinik/ Institution/Dienste/Bereiche (KIDB) integriert werden.

6.4.5 Mitarbeiterinnenbeurteilung

Beurteilungsgespräche mit Mitarbeiterinnen finden regelmässig statt, das heisst bei normalem Verlauf alle zwei Jahre. Die erste Beurteilung erfolgt mit dem Abschluss der Probezeit in Form des Probezeitberichtes. Die Mitarbeiterinnenbeurteilung ist strukturiert nach dem einheitlichen Modell des KSW. Aus der Beurteilung resultieren Zielvereinbarungen. Zu diesen werden Förderungs-massnahmen entwickelt. Die Zielvereinbarungen werden in einem Reviewgespräch überprüft.

Die Verantwortlichkeit, Aufgaben und Kompetenzen der Führungsperson und der Person, die beurteilt wird sind in der Stellenbeschreibung und/oder im Funktionendiagramm definiert. Dazu gehört auch, dass die zu beurteilende Person ihre Kompetenzen anhand des Merkmalkataloges selbst einschätzt.

Die Mitarbeiterinnenbeurteilung bildet die Grundlage zur Laufbahnplanung und für das Arbeitszeugnis. Verantwortlichkeiten und Anforderungen sind in der Stellenbeschreibung und/oder im Funktionendiagramm beschrieben. Die Zeugnisse werden uncodiert von der direkten Vorgesetzten verfasst. Arbeitsabläufe sind definiert und effizient gestaltet.

6.4.6 Fehlzeitenmanagement

Ein Fehlzeitenmanagementkonzept bildet die Grundlage für den Umgang mit den Fehlzeiten der Mitarbeiterinnen. Die Vorgesetzte erfasst und analysiert Fehlzeiten in Bezug auf die Ursache. Zudem

werden Fehlzeiten statistisch erfasst und ausgewertet. Dabei spielen die Ursachen eine wesentliche Rolle für wichtige Verbesserungen sowie als Ansatzpunkt für eine gezielte Gesundheitsförderung.

6.4.7 Spezifische Beschwerden

Im Umgang mit Gewalt und Übergriffen gegenüber Mitarbeiterinnen des KSW bestehen Richtlinien. Darin sind rechtliche Fragen und Aspekte der Sicherheit/Alarmierung geklärt. Gewaltereignisse werden systematisch erfasst und ausgewertet. Die betroffenen Mitarbeiterinnen erhalten Unterstützung in der akuten Situation wie auch im späteren Verarbeiten des Erlebten. Für sexuelle Übergriffe sind Vertrauenspersonen bestimmt, an die sich betroffene Personen wenden können.

6.4.8 Personalausschuss

Die Aufgaben des Personalausschusses sind im Personalgesetz und in der Personalverordnung beschrieben. Hauptaufgabe ist, die Interessen des Personals in betrieblichen und organisatorischen Fragen zu vertreten und so die Zusammenarbeit zwischen der Spitalleitung und dem Personal zu fördern. Er hat unter anderem Befugnis Stellung zu Fragen der Organisation, des Arbeitsablaufes, der Arbeitszeitregelung, zu Rationierungsmassnahmen sowie zu technischen wie betrieblichen Neuerungen, zu betrieblichen Aus- und Weiterbildungen, zur Verpflegung und Sozial- und Freizeiteinrichtungen zu nehmen.

EFQM: Mitarbeiter

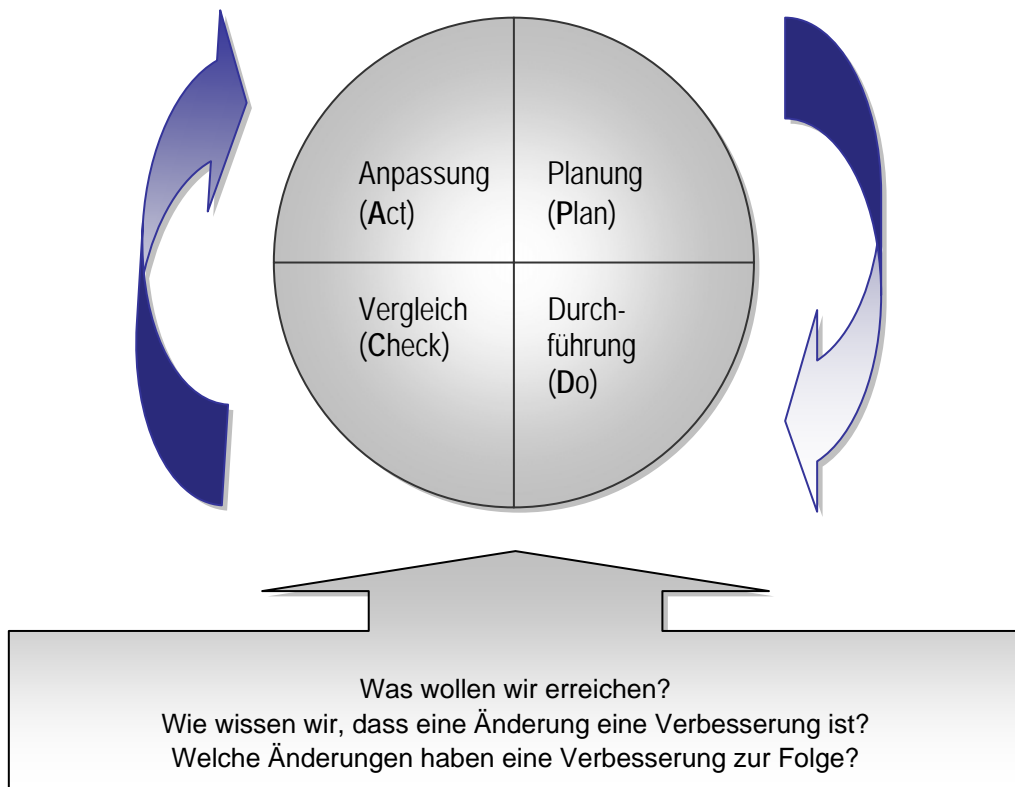
7 Phasen der Qualitätsentwicklung

7.1 Qualitätszyklus (PCDA - Plan, Do, Check, Act)

In der Pflege ist das Modell des Qualitätszyklus nach Deming (1982) sehr verbreitet und die vier Grundphasen sind die Basis vieler weiterführender Modelle. Der Zyklus ist auch im RADAR-Modell des EFQM wiederzufinden. Der PDCA – Zyklus ist vergleichbar mit dem im KSW bekannten Controlling Regelkreis.

Deming (1982) war ein starker Verfechter der Notwendigkeit, Qualität durch Daten zu verbessern (Schröder, 1998). Der Qualitätszyklus ist ein Hilfsmittel zu einem strukturierten Vorgehen um Verbesserungen zu initiieren, umzusetzen und nachzuweisen.

Der PDCA-Zyklus beschreibt verschiedene Aktivitäten, die in einem Prozess eine Verbesserung zum Ziel haben. In der Planungsphase wird ein Verbesserungsplan mit Massnahmen erstellt. Der Massnahmenplan wird in der Phase zwei in die Tat umgesetzt. Die Auswirkungen werden beobachtet, festgehalten, gemessen und überprüft. Die Ergebnisse werden anhand der Ausgangssituation analysiert und der Zyklus kann wieder von vorne beginnen (Kaminske, 1995).



Die CBO Zentrale Organisation für Qualitätssicherung, Niederlande (1999) arbeitet mit Nolans Verbesserungszyklus. Nolans Verbesserungszyklus ergänzt mit den oben angeführten Fragestellungen den PDCA-Zyklus. Das heisst, Ziele setzen, Inhalte bestimmen, die gemessen werden sollen, Änderungen entwickeln und diese testen. Das Modell ist eine strategische Grundlage, die sich gut für Qualitätsentwicklungsprojekte eignet.

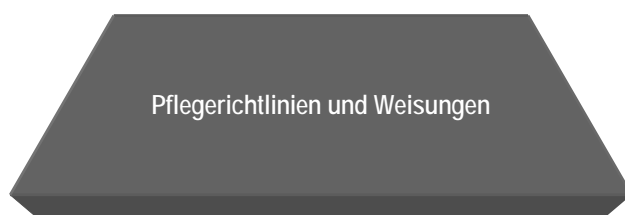
8 Konzepte, Qualitätsstandard, Richtlinien, Weisungen

Die Prozesse in der Pflege werden in Pflegerichtlinien und Weisungen, Qualitätsstandards und Konzepte gegliedert, um die Qualität zu sichern und zu entwickeln. Es versteht sich, dass, je nach Thematik, interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig ist.



Abb. AG, Qualitätskonzept Pflege, 2004

8.1 Richtlinien und Weisungen



Die Basis bilden Pflegerichtlinien und Weisungen. Sie beschreiben komplexe Arbeitsabläufe, alltägliche Handlungen, spezielle Handlungsabläufe und beziehen sich auf spezifische Patientengruppen oder einzelne Berufsgruppen. Das Ziel ist unter anderem eine einheitliche Vorgehensweise bei Pflegeinterventionen oder sonstigen Prozessen.

8.1.1 Definition Weisung

„Eine Weisung ist eine Anordnung, die vom Arbeitgeber erstellt wird und die verbindlich ist.“ (Geiger, 1999)

8.1.2 Definition Richtlinie

„Eine Richtlinie ist eine Anweisung zum Handeln in Form einer detaillierten Beschreibung eines Arbeitsablaufes oder Prozesses zur Anwendung in der täglichen Pflegepraxis“. (Baartmans & Geng 2000)

„Die Richtlinie entbindet die Anwenderin nicht von der Pflicht die Intervention/Handlung bei jeder Situation zu überprüfen und ev. auch anzupassen. Die Richtlinien setzen ein Grundwissen in der Pflege voraus und ersetzen darum auch kein Pflegelehrbuch“. (USZ 1997)

8.1.3 Verantwortung:

Die Verantwortung für die Richtlinien und Weisungen der Pflege liegt bei dem Leiter Pflegedienst. Die Aufgabe zur Erstellung von Richtlinien und Weisungen kann an Einzelpersonen oder Arbeitsgruppen delegiert werden.

8.1.4 Vorgehen

Richtlinien sollten auf den verfügbaren aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen basieren (state of the art) und regelmässig (jährlich) überprüft werden. Die Anzahl ist unbeschränkt und richtet sich nach dem Bedürfnis der Pflegepraxis. Richtlinien und Weisungen können auch Teile von Konzepten oder Qualitätsstandards sein.

Richtlinien und Weisungen sind via Intranet allen zugänglich und werden nach einem definierten und verbindlichen Raster gestaltet. Die Weisung ist in der Regel in die Richtlinie integriert.

(Siehe Anhang 1)

8.2 Qualitätsstandard



Qualitätsstandards (QS) werden für Themenbereiche erstellt, die problematisch sind mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Diese dynamischen Instrumente unterscheiden sich von den üblichen Richtlinien durch ihre überprüfbaren Kriterien (Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien). Pro Fachbereich ist es sinnvoll nicht zu viele (max. sieben) Qualitätsstandards zu haben, da die Überprüfung und Verbesserung der Qualität zeitintensiv ist.

8.2.1 Definition

„Ein Standard zur Überprüfung der Qualität inklusive einem Messinstrument, mit dem die Erhebung des Qualitätsniveaus und somit ein Soll-Ist-Vergleich ermöglicht wird. Das Ziel ist die Qualitätssicherung - und Förderung im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses auf wissenschaftlicher Grundlage“. (Baartmans & Geng 2000)

8.2.2 Kommentar und Begründung

Der Begriff Standard wird unterschiedlich definiert und kann auf verschiedenen Abstraktionsebenen angewendet werden. Dies führt dazu, dass unter diesem Begriff Unterschiedliches verstanden wird, was zu Verständigungsproblemen führt. Deshalb verwenden wir ausschliesslich den Begriff des

Qualitätsstandards, der explizit ein Messinstrument zur Überprüfung der Struktur-, Prozess-, Ergebniskriterien enthalten muss.

8.2.3 Verantwortlichkeit

Die Themenbereiche, die einen QS benötigen, werden von den Kliniken/Instituten/Dienste selbst oder vom Gesamtpflegedienst bestimmt. Die QS-Erstellung kann an eine Arbeitsgruppe delegiert werden. Überprüft wird der QS von der Kontrollgruppe bevor er durch die Leitung Pflegedienst oder Leitungen Pflege in Kraft gesetzt wird.

Die Kontrollgruppe besteht aus drei fixen Mitgliedern: Pflegewissenschaftlerin, Pflegeexpertin, Leiterin Pflege. Nach Absprache nimmt an der Besprechung die Leitung der betreffenden Arbeitsgruppe teil.

8.2.4 Vorgehen

Das Vorgehen wird nach dem BAGE-Modell (Bartmanns & Geng 2000) strukturiert (Anhang 2). Der Inhalt ist gestützt auf den verfügbaren wissenschaftlichen Grundlagen (state of the art). Ein einheitlicher verbindlicher Raster sowie die Beschreibung und das Vorgehen nach dem BAGE-Modell (Bartmanns & Geng 2000) sind im Anhang 2 ersichtlich. QS können Richtlinien beinhalten oder Teil eines Konzeptes sein.

8.2.5 Qualitätsüberprüfung und Verbesserung

Die Qualität wird anhand eines Messinstrumentes, das Teil des QS ist regelmässig, mindestens einmal pro Jahr überprüft. Die Verantwortlichkeit für die Überprüfung ist geklärt. Die Resultate werden analysiert und Verbesserungsmaßnahmen injiziert.

Bei diesem Prozess kann der Qualitätszyklus (PCDA) angewendet werden.

8.3 Konzepte



Konzepte sind wichtige Themen in diesem Zusammenhang, die eine hohe Priorität im Pflegedienstbereich oder in Klinik/Institut/Dienste (KID) darstellen. Sie beschreiben ein Pflege Thema ausführlich. Ein Konzept kann sowohl Qualitätsstandards, Richtlinien und Weisungen enthalten.

8.3.1 Definitionen

„Konzept (lat.) Plan, Entwurf. In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff der Konzeption (lat.) häufig angewendet, womit die einer Planung oder einem Programm zugrunde liegende Idee gemeint ist.“ (Duden 1996)

Die oben aufgeführten Definitionen sind allgemeiner Natur. Im Pflegebereich existiert untenstehende Definition, welche Pflegekonzepte im Speziellen erläutert.

„Ein Konzept gilt als Zusammenfassung beobachtbarer Phänomene zu einem Thema. Die Beschreibung verschiedener Konzepte und die Beziehung untereinander kann zu einer Theoriebildung führen.“ (Fawcett 1998)

Pflegekonzept:

Überbegriffe, Verallgemeinerungen für ein Phänomen oder verschiedene ähnliche Phänomene (Käppeli, 1986), die sich in der täglichen Pflegearbeit zeigen wie z.B. Angst, Verwirrtheit, Hilflosigkeit usw.

Strukturraster für Pflegekonzepte:

- Thema/Überbegriff: (z.B. Angst, Immobilität)
- Konzeptbezeichnung inkl. Definition
- Mögliche Ursachen (biologische-physiologisch, sozio-kulturell, psychisch geistig, ökologisch/umgebungsbedingt)
- Erleben/Bedeutung
- Verhalten/Erscheinungsformen
- Intervention
- Konsequenzen für die Pflege
- Literaturverzeichnis (Norris, 1982)

8.3.2 Verantwortlichkeit

Die Themen, die in Form eines Konzeptes bearbeitet werden, bestimmen die Kliniken selbst oder Leitung/Kader Pflegedienst. Ein Auftrag erfolgt durch die verantwortlichen Leitungen an Einzelpersonen oder Gruppen.

8.3.3 Vorgehen

Die Inhalte basieren auf den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen (state of the art). Je nach Grösse und Umfang ist die Projektmethode angezeigt. In diesem Fall ist die Vorgabe des KSW verbindlich.

EFQM: Prozesse

9 Externe Methoden zur Qualitätsentwicklung

9.1 Verein Outcome

Der Verein Outcome hat den Auftrag Ergebnisqualitäts-Messungen in den Spitälern durchzuführen mit dem Ziel und Zweck der Förderung der Qualität. Die Vereinsträger sind Spitäler, Kranken- und Unfallversicherer, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürichs, Patientenorganisationen und zuweisende Ärzte. Die Messthemen sind diagnosebezogene- und diagnoseunabhängige Output-Messthemen. Die jährlichen Messvolumen inkl. einiger Pflichtthemen werden vertraglich vereinbart.

Nach Gassmann (2003) machen Outcome-Messungen nur Sinn, wenn sie zum Ausgangspunkt für Verbesserungsprojekte gemacht werden. Die Messresultate sind für die Pflegenden zugänglich. Aufgrund der Analyse erfolgen Massnahmen zur Verbesserung.

[Link Verein Outcome, 2000](#)

9.1.1 Outcome-Messung Dekubitus

Das Messthema für den Pflegebereich ist aktuell das Erfassen der Dekubitalulcera. Die Messungen erfolgten regelmässig und werden anhand differenzierteren Kriterien wiederholt. Die Messung ist ein verbindlicher Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Die Datenerhebung erfolgt über eine Zeitdauer von 4 Monaten mittels eines Erhebungsbogens. Bei Eintritt wird anhand der Norton-Skala² das Dekubitusrisiko eingeschätzt und erfasst, ob die Patientin einen vorbestehenden Dekubitus hat. Während der Hospitalisation (nach Aufenthalt in OPS oder ZIM) wird kontinuierlich erfasst, ob neue Dekubitalulcera dazugekommen sind und wie die neu entstanden oder vorbestehenden Dekubitalulcera sich verändern. Die Beurteilung basiert auf definierten Kriterien der Stadieneinteilung Dekubitus. Bei Austritt erfolgt eine Abschlussbeurteilung. Die Verantwortung liegt bei der Leitung Pflegedienst. Die Verantwortung wird an eine Messverantwortliche delegiert.

Die vom Verein Outcome ausgewerteten Daten, die ein Benchmarking einschliessen, werden vom Pflegedienst an die Pflegemitarbeitenden kommuniziert. Je nach Resultaten erfolgt ein gezielter Auftrag von der Leitung Pflegedienst die Qualität zu verbessern, dabei kann wieder der Qualitätszyklus (PDCA) als Instrument genutzt werden.

9.1.2 Outcome Messung emerge

Das Teilprojekt „emerge“ wurde im Jahr 2000 vom Bundesamt für Sozialversicherung initiiert und vom Verein Outcome gestaltet. Unter dem Titel „emerge – sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation“ wurde damit ein Qualitätsprojekt geschaffen, das sich an die Breakthrough-Methodik³ anlehnt, einer engen Vernetzung aller am Projekt beteiligten Teams.

Zwölf ausgewählte Spitäler wurden im Projekt berücksichtigt. Die Messungen wurden für die beteiligten Spitäler bezüglich Daten sehr offen gehandhabt, d.h. es konnte dank einer für alle verbindlichen Vereinbarung, Einsicht in die Daten der anderen Spitäler genommen werden.

Es wurden Plenumsveranstaltungen durchgeführt, in denen gemeinsame (für alle zwölf Spitäler) verbindliche Massnahmen und Ziele vereinbart wurden. Ebenfalls wurden Gruppen gebildet, zwischen Spitälern, welche sich gegenseitig besuchten und einen sehr intensiven Austausch untereinander pflegten. Immer mit dem Ziel, von einander zu lernen.

Intern wurden in einem Projektteam anhand der Resultate Verbesserungsmaßnahmen entwickelt, die in einer zweiten Messung überprüft werden konnten.

² Validierte Dekubitus - Risikoeinschätzungsskala mit Einschätzung der körperlichen Verfassung, geistigen Verfassung, Aktivität, Mobilität, Inkontinenz.

³ Breakthrough-Methodik: Eine Methodik, die dem Zeitfaktor grosse Bedeutung beimisst, umsetzbar ist und ergebnis- und teamorientiert arbeitet mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität (TMB Consulting: Glossar, 2002)

9.1.2.1 Messkonzept

Es wurden drei zentrale Beobachtungsbereiche abgebildet, die sich als die wesentlichen Kriterien zur Beurteilung der Leistungsqualität in der Notfallstation herauskristallisiert hatten:

- Sicherheit der Behandlung
- Geschwindigkeit der Behandlung
- Patientenzufriedenheit

Für die ersten beiden Messbereiche wurde ein Erhebungsbogen geschaffen, der für jede Notfallpatientin ausgefüllt werden musste. Dieser enthielt Fragen zu Eintritts- und Behandlungszeiten, Dringlichkeitskategorie, Beurteilung, Behandlungen usw..

Für den Bereich Patientinnenzufriedenheit wurde ein Fragebogen konzipiert, der jeder Patientin abgegeben wurde. Dieser beinhaltete Fragen wie, Bequemlichkeit der Betten, Schmerztherapie, Betreuung, Ängste, Beantwortung von Fragen, Einbezug der Angehörigen usw..

Die erste Messung fand 2001 statt, die Zweite 2002. Das Projekt war somit abgeschlossen. Die Messungen fanden einen sehr guten Anklang, sie lieferten sehr verlässliche Resultate und fanden ein sehr grosses Interesse. Deshalb wurde beschlossen die „emerge-Messungen“ zu den offiziellen Outcome-Messungen zu nehmen. Diese können jetzt im Rahmen dieser Messungen frei gewählt werden. Im Kantonsspital Winterthur wird im April 2004 die nächste „emerge-Messung“ stattfinden.

9.2 Zufriedenheit der Patientinnen

Die Institution Picker führt am KSW einmal jährlich eine Patientenzufriedenheitsmessung durch. Die Patientinnen erhalten per Post einen Fragebogen, der freiwillig und anonym ausgefüllt werden kann. Sie erhalten einmal eine Erinnerung. Die Zielsetzung ist das Monitoring als Basis für Verbesserungen. Die Auswertung erfolgt extern. Die Resultate werden von der Spitaldirektion kommuniziert.

9.2.1 Konsequenzen für die Pflege

Das Pflegekader gestaltet eine Übersicht der Resultate, die die Pflege betreffen und analysiert, wo es gemeinsame Themen gibt, die verbessert werden können.

Interdisziplinäre Themen werden Klinik/Institut/Dienste bezogen bearbeitet und in die Jahresziele integriert.

EFQM: Kundenbezogene Ergebnisse

9.3 Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen

Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen und die Gewichtung der Themen wurden bis anhin zweimal durch unterschiedliche Anbieter durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte anhand eines Fragebogens, der freiwillig und anonym ausgefüllt wird. Die Resultate werden allen Mitarbeiterinnen zugestellt und an Informationsveranstaltungen kommuniziert. Sie dienen als Basis für Entwicklungen. Ein Vergleich zwischen den zwei Messungen ist schwierig, da sie von unterschiedlichen Firmen mit unterschiedlichen Kriterien durchgeführt wurden. Die Spitalleitung zeigt sich hierfür verantwortlich.

9.3.1 Konsequenzen für die Pflege

Die Daten werden analysiert, dementsprechend Jahresziele gesetzt und die Verbesserungen initiiert.

EFQM: Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

10 Interne Methoden zur Qualitätsentwicklung

10.1 Qualitätszirkel

Definition

„Qualitätszirkel sind Gruppen mit einem klaren Arbeitsauftrag und bieten den Mitarbeitern die Gelegenheit, Themen ständiger Verbesserung (Hindernisse, Fehler, Verbesserungsmöglichkeiten) umfassend zu behandeln. Qualitätszirkel sind eine wichtige Möglichkeit der Mitarbeiterbeteiligung. Qualitätszirkel greifen gemeinsame Probleme aus dem eigenen Aufgabenbereich auf, analysieren diese, erarbeiten Lösungsvorschläge, ergreifen Massnahmen im Rahmen der eigenen Möglichkeiten und verfolgen selbst gesetzte Ziele“. (Zähler 2002)

10.1.1 Qualitätszirkel Leistungserfassung Pflege (LEP)[®]

Das Ziel des Qualitätszirkel LEP⁴ ist die Vereinheitlichung der Erfassung der Pflegeleistungen, d.h. dass die gleichen Pflegeleistungen im ganzen KSW mit den gleichen Variablen erfasst werden. Neuerungen, Änderungen von Seiten der Arbeitsgruppe LEP werden vorgestellt, die Umsetzung diskutiert und eine verbindliche Vorgehensweise vereinbart. Fragen und Probleme, die in der Praxis entstehen werden geklärt und bei Bedarf werden Abmachungen getroffen. Struktureller Rahmen: Verantwortlicher und Sitzungsleitung hat die LEP beauftragte Person. Die Teilnehmerinnen sind die Leitungen Pflege, die Abteilungsleitungen. Der Sitzungsbedarf wird laufend festgelegt. Für das Jahr 2004 beträgt er alle 2 Monate 1 Stunde.

EFQM: Prozesse

10.2 Qualitätsentwicklung in der Berufsbildung

Attraktive Lehrstellen und das Angebot jungen Menschen eine Ausbildungsmöglichkeit zu bieten steigert das Image des KSW in der Öffentlichkeit. Die Berufsbildung Pflege am KSW hat einen hohen Stellenwert und ist ein wichtiger Garant für die Kontinuität in der Pflegepraxis. Nach der statistischen Erhebung durch die Fachstelle für Bildungsökonomie der Universität Bern (Wolter & Schweri 2003) werden Nutzungskomponenten wie folgt beschrieben: Rekrutierungspool, die Möglichkeit, die besten Lehrlinge aufzunehmen, niedrige Fluktuation durch besonders an den Betrieb gebundene Loyalität. Genannt wird zudem, dass sich der Rekrutierungsaufwand und die Einarbeitungszeit reduzieren, was zu einer erheblichen Kostensenkung führt.

Giebing et al. (1999) erwähnen, dass Lernende häufig die neuesten Erkenntnisse in einzelne Arbeitsbereiche getragen haben, die oft die Grundlage für Änderungen im praktischen Arbeitsalltag waren. Dies trifft auch heute teilweise noch zu.

Die Ausbildungsqualität im Bereich Pflege basiert auf einem Ausbildungskonzept, das den momentan sich verändernden Ausbildungsbestimmungen immer wieder angepasst wird.

Berufsbildnerinnen, die zu 100% für den Bildungsauftrag angestellt sind, unterstützen den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer der Lernenden. In der betrieblichen Ausbildung werden vielfältige Lehr- und Lernformen angewendet.

Bei regelmässigen Teamsitzungen der Abteilung Bildung Pflege werden in verschiedenen Settings und mit unterschiedlichen Zielrichtungen inhaltliche und organisatorische Themen reflektiert und

⁴ Die systematische und standardisierte Erhebung der Pflegeleistung nach LEP ermöglicht den Pflegenden, ihre Arbeit für sich, aber auch für Dritte (Verwaltung, ärztlicher Dienst, Kostenträger) innerhalb und ausserhalb des Spitals oder der Klinik transparent zu machen. LEP-Daten zeigen aussagekräftig und nachvollziehbar auf, dass weder die Bettenbelegung noch die medizinische Diagnose zuverlässige Gradmesser für die Belastung der Pflegenden sind.

qualitative oder organisatorische Schwachstellen aufgedeckt. Auf dieser Grundlage wird die Qualität der Ausbildung laufend weiterentwickelt.

EFQM: Führung / Mitarbeiter / Prozess

10.3 Hygienekommission

„Die Zielsetzung der Hygienekommission ist die Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von Spitalinfektionen durch medizinische, pflegerische, technische und organisatorische Massnahmen zum Schutze von Patienten, Personal und Besuchern vor Ansteckung.“
(Intranet, Spitalhygiene, Organisation).

Hygienische Richtlinien und Weisungen betreffend medizinischen pflegerischen und hauswirtschaftliche Massnahmen werden von der Hygienekommission in Kraft gesetzt. Diese werden regelmässig überprüft und angepasst. Aktuelle Hygieneprobleme werden von den Pflegenden kommuniziert und vom Beratenden für Hygiene angegangen oder in der Hygienekommission bearbeitet. Die Pflegenden können sich auf die Qualität dieser Dienstleistung, im Sinne von state of the art, verlassen.

10.4 Ethik Forum

Das Ethik-Forum KSW (1998) ist ein interdisziplinäres Reflexions- und Organisationsgefäss für klinische Ethik mit dem Ziel eine Kultur der bewussten ethischen Entscheidungsfindung zu schaffen. „**E**sesichts der Zunahme der Handlungsmöglichkeiten in Medizin und Pflege und im Kontext einer **E**ralistischen Gesellschaft, ist neben der Handlungsqualität auch Entscheidungsqualität sicherzustellen. Das Ethik-Forum KSW trägt zur Sicherung der Entscheidungsqualität bei“ (Ethik-Forum Reglement, KSW, 1998, S. 1).

Die Verknüpfung zwischen Qualitätsmanagement und Ethik ist unabdingbar, Qualitätsfragen sind oft eng mit ethischen Fragen verbunden. Z.B. Wie sieht die Qualität der Beziehung einer Pflegenden zur Patientin aus? Welche ethischen Prinzipien leiten unser Handeln und wie klären wir Situationen, die ein ethisches Dilemma darstellen?

Gerade zur Zeit der knappen Geldressourcen, wo Pflegeleistungen rationiert werden, dürfen Pflegende nicht alleine gelassen werden. Fragen der Rationierung dürfen nicht am Krankenbett entschieden werden. Nach Rügger (2003) sind diese aktiv in die Struktur einer institutionellen Qualitätssicherung zu integrieren und müssen im eigenen Qualitätsmanagement überhaupt aufgegriffen werden. Spricht sich die hohe Kultur der ethischen Sensibilität des Spitals herum, ist dies auch werbewirksam.

EFQM: Politik und Strategie/ Prozesse

10.5 Management Kritisches Ereignis/Zwischenfall

Definition:

Als kritisches Ereignis/Zwischenfall gilt jedes ungewollte Ereignis, das negative Auswirkungen für die Patientin hat oder haben könnte. (Walshe, 2000)

10.5.2 Kommentar

Durch die Erfassung von kritischen Ereignissen/Zwischenfällen soll die Qualität und Sicherheit der Patientinnenbetreuung verbessert werden. Mit der Haltung, dass menschliche Fehler unvermeidbar sind und Anlass zum Lernen geben, benutzen wir dieses interdisziplinäre Instrument. Damit wird die

Erfassung und die Erarbeitung kritischer Vorkommnisse systematisiert, das heisst die Ereignisse werden analysiert und Massnahmen zur Verbesserung erarbeitet und vorgeschlagen. Es spielt keine Rolle, ob der Zwischenfall hätte verhindert werden können oder nicht und ob das behandelnde Team einen Fehler machte oder nicht (Finkbeiner & Pfändler-Poletti 2002).

Auf den verschiedenen Kliniken werden am häufigsten die Begriffe Kritisches Ereignis/Zwischenfall angewendet.

EFQM: Prozesse

11 Analyse der Messresultate

Messinstrumente sind unabdingbarer Bestandteil der Qualitätsentwicklung (Baartmans & Geng 2000). Für Messung der Qualitätsentwicklung ist es erforderlich, Kriterien zu operationalisieren. Ziel der Operationalisierung ist es, abstrakte Begriffe in konkrete Fragen zu übersetzen, so dass diese Begriffe empirisch messbar werden (Prakke & Flerchinger 1999). Die Fragen werden auch als Items bezeichnet. Für die Formulierung der Items gilt es Kriterien zu beachten (z.B. Baartmans & Geng, 2000, S.62; Prakke & Flerchinger, 1999, S. 33). Von den allgemeinen Anforderungen an ein Messinstrument (Baartmans & Geng 2000) sind die Anforderungen an die Gültigkeit (Validität) und die Zuverlässigkeit (Reliabilität) des Messinstrumentes bedeutsam.

Die Zuverlässigkeit des Messinstrumentes ist der Grad seiner Konsistenz, mit dem es die Eigenschaften misst, die es beabsichtigt zu messen. Es ist das Mass an Übereinkunft zwischen verschiedenen Messungen am gleichen Objekt unter gleichen Bedingungen (Polit & Hungler 1999). Es geht darum, den Messfehler zu reduzieren. Um die Zuverlässigkeit des Messinstrumentes zu erhöhen, werden laut Prakke und Flerchinger (1999) nach Möglichkeit unterschiedliche Datenquellen zur Erhebung der Qualitätskriterien genutzt (Datentriangulation).

Polit und Hungler (1991) beschreiben die Gültigkeit als das Ausmass, mit dem ein Instrument das misst, was es beabsichtigt zu messen. Die inhaltliche Gültigkeit (Inhaltsvalidität) des Messinstrumentes wird unterstützt, indem die beschriebenen Aufgaben auf einer Konsensbasis entwickelt werden und auf evidenzbasierte Literatur zurückgegriffen wird. Sowohl die Gültigkeit als auch die Zuverlässigkeit werden durch die Anwendung verschiedener Erhebungsmethoden (Methodentriangulation) erhöht (Prakke & Flerchinger 1999).

Während der Analysephase werden die Ergebnisse der Datenerhebung analysiert und ausgewertet. Die Abweichung zwischen dem im Qualitätsstandard formuliertem Soll-Zustand und dem erhobenen Ist-Zustand wird als Qualitätsdefizit oder Qualitätsüberschuss beschrieben (Baartmans & Geng, 2000). Mit dem Messinstrument sollen Ergebnisse produziert werden, die nach eingehender Analyse für das Erstellen eines Massnahmeplanes zur Qualitätsverbesserung dienen. Nach der Umsetzung solcher Massnahmen kann mit dem Messinstrument erneut eine Datenerhebung mit anschliessender Analyse durchgeführt werden. Eine solche Anwendung des Messinstrumentes weist auf die zyklischen und kontinuierlichen Prozesse der Qualitätsverbesserung hin. Berwick (1997) argumentiert, dass eine Qualitätsverbesserung nicht ohne eine Messung stattfinden kann. Die Anwendung des Messinstrumentes geschieht dabei mit der Absicht, zu lernen. Es bietet eine Entscheidungshilfe, Innovationen beizubehalten, zu modifizieren oder zurückzuweisen, Ursachen zu verstehen und die gesteckten Ziele immer wieder klären zu können.

Das angestrebte Qualitätsniveau soll mit dem Pflegefachpersonal zusammen festgelegt werden. Dieses Vorgehen ist motivierend für das Pflegefachpersonal, das Qualitätsniveau kann als eine Herausforderung wahrgenommen werden. Die Verantwortung für die Qualität wird selbst übernommen, was gemäss Brown (1995) einen zentralen Faktor der Qualitätsentwicklung darstellt.

Neben der Auswertung des Zahlenmaterials gilt es die Kommentare bzw. Begründungen der Antworten genau auszuwerten. Auf diese Weise werden bedeutende Informationen des Qualitätsdefizits und somit, im Zusammenhang mit dem gesamten Qualitätszyklus, potentielle Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Wichtig ist die benutzerfreundliche und verständliche Form der Präsentation der Daten. Aus den Ergebnissen sollen weitere Massnahmen und Konsequenzen abzuleiten sein, mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

12 Konsequenzen der Qualitätsentwicklung

Eine Qualitätssteuergruppe koordiniert und kontrolliert die Qualitätsentwicklung im Pflegebereich KSW. Sie legt gemeinsam mit dem Führungskader (PDL aller Kliniken und Institute) das Jahresthema fest, hierbei müssen die KSW Spitalleitungsziele mitberücksichtigt werden.

Die Umsetzung der Qualitätsentwicklung muss Datenorientierung sein. Die Datenanalyse wird gemeinsam mit den involvierten Personen vorgenommen. Aufgrund der Analyse wird ein konkreter Massnahmenplan formuliert. Der Massnahmenplan muss eine Prioritätensetzung der nötigen Veränderungen enthalten. Dieses Vorgehen bewirkt eine hohe Akzeptanz der Betroffenen und eine klare Gewichtung der Qualitätsentwicklung am KSW. Es müssen konkrete und umsetzbare Konsequenzen formuliert werden. Die formulierten Konsequenzen orientieren sich an den entsprechenden Themen wie z.B. Rekrutierung, Fluktuationsrate oder Fehlzeitenmanagement. Themen die in diesem Qualitätskonzept aufgeführt sind, werden aktiv am KSW bearbeitet. Sie benötigen in der Ausformulierung als wesentlicher Bestandteil von Verbesserungen, definierte Konsequenzen aufgrund der Ist – Soll Analyse.

Bestandteil dieser Strategie ist die Überzeugung, dass eine kontinuierliche Verbesserung von allen Mitarbeitenden geleistet werden muss in Bezug auf, was getan werden muss und in der Art und Weise wie etwas geschieht (Katz & Green 1996).

Qualitätsbemühungen in der Pflege sind nichts Neues. Neu sind die Systematisierung, das einheitliche Vorgehen, die Messungen und die Zielgerichtetheit, welche ausgewiesen wird. Die Pflegefachpersonen haben sich in der Vergangenheit immer für eine „gute“ Qualität eingesetzt. Dieses Bestreben existiert weiterhin. Der Anspruch, wissenschaftlich fundiert zu arbeiten und die neuesten evidenzbasierten Erkenntnisse in die Praxis einfließen zu lassen sind zusätzliche Anliegen, mit der eine Verbesserung der Pflegequalität angestrebt wird. Die methodische Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität sind kontinuierliche Ziele, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu leisten. Zudem ist eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zur Überwindung der Schnittstellenproblematik ein Muss. All diese Bemühungen werden trotz rigoroser Budgetkürzungen verfolgt.

Eine relevante Konsequenz der Qualitätsarbeit liegt in einem Kulturwechsel. Qualität soll als möglich und machbar innerhalb des Systems gesehen werden. Jede Mitarbeitende sollte Qualität als zentrales Ziel haben und sich mitverantwortlich fühlen.

EFQM: Führung / Politik & Strategie / Prozesse

13 Umsetzung des Qualitätsmanagements (2004 bis 2007)

13.1 Entwicklung

Das Qualitätskonzept (QK) (KSW 2004) wurde zwischen September 2003 und März 2004 entwickelt. Es orientiert sich an den bestehenden Unterlagen des KSW (Amstutz 2002).

Im März/April 2004 findet eine externe Vernehmlassung des Qualitätskonzeptes Fachbereich Pflege statt. Drei Qualitäts- und Pflegefachpersonen wurden zu einer Stellungnahme angefragt. Mögliche Verbesserungen werden ins Qualitätskonzept Fachbereich Pflege aufgenommen.

Die anschliessende interne Vernehmlassung wird breit abgestützt (Pflegedienstleitungen, Pflegeexpertinnen, ärztliche Leitungen, Qualitätsbeauftragter KSW, Spitalleitungspersonen).

Im Juni 2004 wird der Antrag zur Umsetzung an die Spitalleitung gestellt.

13.2 Einführung

Beim vorliegende Qualitätskonzept (QK) (KSW 2004) handelt es sich um ein klinikübergreifendes theoretisches Konstrukt.

Die Einführung des QK erfolgt in zwei Schritten. Im Frühling 2004 wird das QK an der Veranstaltung „News aus dem Pflegedienst“ kurz vorgestellt.

Im Sommer/Herbst 2004 werden erste Schulungen auf der Ebene Leitung Pflegedienst, Pflegeexpertinnen und Abteilungsleitungen vorgenommen. Ziel dieser Schulung ist ein gemeinsames Verständnis zu Qualitätsbegriffen und der zukünftigen Arbeitsweise in Qualitätsfragen.

Bis Dezember 2004 ist das QK auf Abteilungsebene implementiert.

Im Januar 2005 bis März 2005 muss eine Evaluation zur Einführung des QK vorgenommen werden.

13.2 Umsetzung

Die Umsetzung des Qualitätskonzeptes erfordert Massnahmen und Aufgabenverteilung auf der Ebene der strategischen Führung (LPD) wie auch auf der Ebene der operativen Führung (Abteilungsleitungen und Höfa I).

Im Juni 2004 wird von der Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement eine „Qualitätssteuergruppe“ vorgeschlagen. Zwingend wichtige Vertreterinnen folgender Bereiche müssen in dieser Qualitätssteuergruppe vertreten sein: 1 Vertretung der Leitungen Pflege, 1 Vertretung der Pflegeexpertinnen, 1 Vertretung Pflegeentwicklung, 2 Vertretung der Abteilungsleitungen, evt. 1 Vertretung ärztlicher Dienst. Die Leitung dieser Qualitätssteuergruppe obliegt der Leitung Pflegeentwicklung. Diese Gruppierung koordiniert und kontrolliert die Qualitätsentwicklung im Pflegebereich KSW. Sie legt gemeinsam mit dem Führungskader (PDL aller Kliniken) das Jahresthema fest, hierbei müssen die KSW Spitalleitungsziel mitberücksichtigt werden.

Ziel ist die Umsetzung der Qualitätsgrundsätze nach Schroeder (1998): Kontinuierliche Verbesserung, Lernende Organisation, Kundenorientierung, Prozessorientierung, Verpflichtung der Führungskräfte, Eigenverantwortung/Verantwortungsübertragung, Zusammenarbeit/Grenzüberschreitung und Datenorientierung und statistisches Denken.

Zwischen August 2004 und September 2004 werden die zu prüfenden Indikatoren festgelegt. Es wird ein Thema im Gesamtbereich Pflege bearbeitet werden.

Im 2004 wird der Schwerpunkt zur Qualitätsentwicklung auf die Implementierung des QK gelegt. Als „Pilotprojekt“ wird das Thema „Übergaberapport mit der Patientin“ bestimmt.

Diese Thematik ist im KSW bekannt, die Umsetzung wird sehr unterschiedlich gemacht. Somit muss inhaltlich nicht Neuland betreten werden, der thematische Schwerpunkt kann auf die Vereinheitlichung von Abläufen und Rahmenbedingungen gelegt werden.

Die Qualitätssteuergruppe formuliert gemeinsam mit Pflegenden den Qualitätsstandard „Übergaberapport mit der Patientin“. Die Implementierungsphase „Übergaberapport mit der Patientin“ dauert bis März 2005.

Die Evaluation der Implementierung wird zwischen März 2005 und Juni 2005 geprüft und gleichzeitig die Verbesserung der „Übergaberapport am Patientinnen Bett“ evaluiert.

Aufgrund der Ist–Soll Analyse (April 2005 bis Juli 2005) werden Aktionspläne zur erneuten Verbesserung erstellt. Die Umsetzung der Aktionspläne soll durchschnittlich ca. ein Jahr dauern. Durch dieses Vorgehen wird sichergestellt, dass eine inhaltliche und strukturelle Verbesserung effektiv geschehen kann.

Ein zyklisches Vorgehen wird angestrebt. Zwischen Februar bis Mai (Definitiv eingeführt 2006) wird das zu bearbeitende Thema festgelegt. Es wird jährlich geprüft welches Thema für das gesamte KSW von Bedeutung ist, evt. auf Klinikebene.

Es können nicht mehr als maximal sieben Themenbereiche gleichzeitig bearbeitet werden.

Eine lückenlose Dokumentation des gesamten Prozesses zeigt die gemachten Interventionen und die Verbesserungen auf.

13.4 Evaluation des Qualitätskonzeptes

Einmal jährlich (Dezember/Januar) wird das vorliegende QK auf inhaltliche Verbesserungsmöglichkeiten, auf nötige Ergänzungen und zur Sicherstellung der Aktualität des QK überprüft. Die Verantwortung dieser Aufgabe liegt bei der Leitung der Qualitätssteuergruppe.

Im März wird die Zusammensetzung der Qualitätssteuergruppe evaluiert, unter dem Gesichtspunkt, ob alle relevanten Thementräger eingebunden sind. Bei Bedarf wird die Zusammensetzung der Qualitätssteuergruppe angepasst.

Glossar

Ausbildung	Berufliche Grundausbildung mit Abschluss (Bildungskonzept KSW)
BAGE Modell®	<p>DAS BAGE-MODELL® nach Baartmans & Geng (2000) dient als Prozessinstrument zur Entwicklung der Qualität, so auch zur Entwicklung von Qualitätsstandards. Es beinhaltet fünf Grobphasen (Vorbereitungs-, Entwicklungs-, Überprüfungs- und Analyse-, Optimierungs- und Evaluationsphase), die wiederum in elf Arbeitsphasen unterteilt sind.</p> <p>Aktivitäten und Entscheidungsprozesse sind in den Arbeitsphasen konkret beschrieben und ergänzt mit den dazu benötigten Instrumenten und Methoden. (Baartmans & Geng 2000)</p>
Benchmarking	Benchmarking bezeichnet eine strukturierte Methode zur Aufdeckung von Leistungslücken durch Vergleich mit Bestleistungen der Konkurrenz (Benchmark) mit dem Ziel, durch die gewonnenen Erkenntnisse die Leistungslücken zu schliessen und durch ständige Verbesserung auf Dauer eine Spitzenposition zu bekleiden. (Zähner, 2002)
Breakthrough-Methodik	Eine Methodik, die dem Zeitfaktor grosse Bedeutung beimisst, umsetzbar ist und ergebnis- und teamorientiert arbeitet mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität (TMB Consulting, 2002)
EFQM-Modell	Qualitätsmodell des umfassenden Qualitätsmanagements: Durch den anhaltenden Einbezug aller Mitarbeitenden und die kontinuierliche Verbesserung aller Prozesse sollen bessere Ergebnisse erreicht werden. (Qualitätskonzept KSW, 2002)
Evidence based Pflege (Medizin)	<p>Evidenzbasierte Pflege ist ein Schwesternkonzept von Evidenzbasierter Medizin.</p> <p>Evidenz-basierte Pflege (Medizin, Geburtshilfe usw.) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Evidenz (Beweis), um Entscheidungen in der pflegerischen Versorgung von individuellen Patientinnen oder Patientinnengruppen zu treffen. (Sackett, Richardson, Rosenberg, Haynes 1999)</p>
Fortbildung	Bildungsmassnahmen zum Erhalt oder Steigerung der beruflichen Kompetenz (Bildungskonzept KSW, 2003)
Konzept	<ol style="list-style-type: none">1. Konzept (lat) Plan, Entwurf. In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff der Konzeption (lat) häufig angewendet, womit die einer Planung oder einem Programm zugrundliegende Idee gemeint ist. (Duden 1996)2. Ein Konzept gilt als Zusammenfassung beobachtbarer Phänomene zu einem Thema. Die Beschreibung verschiedener Konzepte und die Beziehung untereinander kann zu einer Theoriebildung führen. (Fawcett, 1998)

3. Pflegekonzept: Überbegriffe, Verallgemeinerungen für ein Phänomen oder verschiedene ähnliche Phänomene (Käppeli, 1986) die sich in der täglichen Pflegearbeit zeigen wie z.B. Angst, Verwirrtheit, Hilflosigkeit etc. Der folgende Raster dient als Hilfsmittel zur Strukturierung
Thema/Überbegriff: (z.B. Angst, Immobilität)
Konzeptbezeichnung inkl. Definition
Mögliche Ursachen (biologische-physiologisch, sozio-kulturell, psychisch geistig, ökologisch/umgebungs-bedingt)
Erleben/Bedeutung
Verhalten/Erscheinungsformen
Interventionen
Konsequenzen für die Pflege
Literaturverzeichnis (Norris,1982)

Kritisches Ereignis/Zwischenfall

Als kritisches Ereignis/Zwischenfall gilt jedes ungewollte Ereignis, das negative Auswirkungen die Patientin hat oder haben könnte. Durch die Erfassung von kritischen Ereignissen/Zwischenfällen soll die Qualität und Sicherheit der Patientinnenbetreuung verbessert werden. Mit der Haltung, dass menschliche Fehler unvermeidbar sind und Anlass zum Lernen geben, benutzen wir dieses interdisziplinäre Instrument. Damit wird die Erfassung und die Erarbeitung kritischer Vorkommnisse systematisiert, dass heisst die Ereignisse werden analysiert und Massnahmen zur Verbesserung erarbeitet und vorgeschlagen. Es spielt keine Rolle, ob der Zwischenfall hätte verhindert werden können oder nicht und ob das behandelnde Team einen Fehler machte oder nicht. (Walsch 2000)

Kriterien

Kriterien sind zählbar und messbar und dienen der Evaluation der Qualität. (Donabedian, 1980)

PDCA Plan/Do/Check/Act

Der PDCA-Zyklus beschreibt verschiedene Aktivitäten die in einem Prozess eine Verbesserung zum Ziel haben. In der Planungsphase wird ein Verbesserungsplan mit Massnahmen erstellt. Der Massnahmenplan wird in der Phase zwei in die Tat umgesetzt. Die Auswirkungen werden beobachtet, festgehalten, gemessen und überprüft. Die Ergebnisse werden anhand der Ausgangssituation analysiert und der Zyklus kann wieder von vorne beginnen. (Kaminske 1995)

Pflegequalität

Pflegequalität ist das Ausmass an Übereinstimmung zwischen der Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung und der Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse, die durch die Leistungserbringerinnen definiert werden. Die Erfordernisse basieren auf Qualitätskriterien. Sie werden in Qualitätsstandards zusammengefasst, die sich wenn möglich auf evidenzbasierte Literatur stützen. Die Leistungen gehen aus dem Bedarf der Leistungsempfängerinnen hervor. (Baartmans & Geng, 2000)

Qualitätsentwicklung

Dynamische Aktivitäten der Qualitätssicherung, die zu einer kontinuierlichen Verbesserung der erbrachten Dienst- oder Pflegeleistungen führen. Unter diesem Begriff werden auch andere Ausdrücke subsumiert: CQI (kontinuierliche Qualitätsverbesserung), Qualitätsförderung, Qualitätssicherung. (NAQ,1999)

Qualitätsstandard	<p>Ein Standard zur Überprüfung der Qualität inklusive einem Messinstrument, mit dem die Erhebung des Qualitätsniveaus und somit ein Soll-Ist-Vergleich ermöglicht wird. Das Ziel ist die Qualitätssicherung und Förderung im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses auf wissenschaftlicher Grundlage.</p> <p>Raster:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Problembeschreibung▪ Begründung/Ziel des Qualitätsstandards▪ Struktur-, Prozess-, Ergebniskriterien▪ Literatur▪ Messinstrument (Bartmaans & Geng, 2000)										
Qualitätszirkel	<p>Qualitätszirkel sind Gruppen mit einem klaren Arbeitsauftrag und bieten den Mitarbeitenden die Gelegenheit, Themen ständiger Verbesserung (Hindernisse, Fehler, Verbesserungsmöglichkeiten) umfassend zu behandeln. Qualitätszirkel sind eine wichtige Möglichkeit der Mitarbeiterbeteiligung. Qualitätszirkel greifen gemeinsame Probleme aus dem eigenen Aufgabenbereich auf, analysieren die Probleme, erarbeiten Lösungsvorschläge, ergreifen Massnahmen im Rahmen der eigenen Möglichkeiten und verfolgen selbst gesetzte Ziele. (Zähler, 2002)</p>										
RADAR	<p>Radar setzt sich zusammen aus den 4 Elementen Results (Ergebnisse) Approach (Vorgehen) Deployment (Umsetzung) Assessment and Review (Bewertung und Überprüfung). Die gewünschten Ergebnisse werden bestimmt, das Vorgehen geplant, entwickelt und umgesetzt und Vorgehen und dessen Umsetzung bewertet. (EFQM, 1999)</p>										
Richtlinie	<p>Eine Richtlinie ist eine Anweisung zum Handeln in Form einer detaillierten Beschreibung eines Arbeitsablaufes oder Prozesses zur Anwendung in der täglichen Pflegepraxis. (Bartmaans & Geng, 2000)</p>										
Rumba Regeln	<p>Regeln zum Formulieren von Kriterien und Items</p> <table><tr><td>Relevant</td><td>= relevant</td></tr><tr><td>Understandable</td><td>= verständlich</td></tr><tr><td>Measurable</td><td>= messbar</td></tr><tr><td>Behavioural</td><td>= eindeutige beobachtbare Verhalten beschrieben</td></tr><tr><td>Attainable</td><td>= erreichbar</td></tr></table> <p>(Californian Medical Society, 1973)</p>	R elevant	= relevant	U nderstandable	= verständlich	M easurable	= messbar	B ehavioural	= eindeutige beobachtbare Verhalten beschrieben	A ttainable	= erreichbar
R elevant	= relevant										
U nderstandable	= verständlich										
M easurable	= messbar										
B ehavioural	= eindeutige beobachtbare Verhalten beschrieben										
A ttainable	= erreichbar										
state of the art	<p>Im Einklang mit den neuesten wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen und mit der allgemein anerkannten Praxis (SBK-ASI, 2003).</p>										
Weiterbildung	<p>Berufliche Weiterqualifikation mit Abschluss</p>										
Weisungen	<p>Eine Weisung ist eine Anordnung, welche vom Arbeitgeber erstellt wird und welche verbindlich ist (Geiger, 1999).</p>										

Literaturverzeichnis

- Amstutz M. (2002) Qualitätsmanagement am KSW. Kantonsspital Winterthur
- Baartmanns P. & Geng V. (2000) Qualität nach Mass. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Hans Huber Verlag, Bern
- Bachmann-Metter I. (1997) Spielräume in der Pflege. Professionelle Erfahrung erwerben. Hans Huber Verlag, Bern. Hrsg. H. Holenstein.
- Bachner U. (1999) Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Schlütersche Verlag, Hannover
- Bildungsökonomie der Universität Bern (2003)
- Berwick DM. (1996) A primer on leading the improvement of systems. BMJ, 312 (9) 619-622
- Brown LD. (1995) Lessons learned in Institutionalization of Quality Assurance Programs. An International Perspective. International Journal of Quality in Health Care, 7 (4) 419- 425
- Deming W. (1982) Out of the Crisis. Center for Advanced Engineering Study, Cambridge Mass
- Donabedian A. & Arbor A. (1980) An Exploration of Structure, Process and Outcome Approaches to Quality Assessment. Health Administration Press Michigan
- Donabedian A. (1988) The Quality of Care. How can it be assessed? JAMA, 260 (12) 1743-1748
- Duden (1996) Die deutsche Rechtschreibung. Duden Band 1. 21. Auflage Dudenverlag, Mannheim Leipzig Wien Zürich
- Ethik-Forum Reglement (1998) Forums – Reglement. Kantonsspital Winterthur
- EFQM-Modell (2002) In Qualitätskonzept Kantonsspital Winterthur. Dr. Amstutz Qualitätsbeauftragter KSW
- European Foundation for Quality Management (1999) Das EFQM-Modell für Excellence. Brussels Representative Office. Brussels. Überarbeitete deutsche Ausgabe: März 2000
- Fawcett J. (1998) Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Hans Huber Verlag, Bern
- Fiechter V. & Meier H (1985) Pflegeplanung. Recom Verlag, Basel
- Finkbeiner, G., Pfändler-Poletti, M., 2003. Critical Incident. Monitoring im Kinderspital Zürich. Dokumentation Schwufender SBK-Kongress, 2003, Montreux.
- Gesundheitsdirektion (2003). Rahmenkontrakt zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürichs und dem Kantonsspital Winterthur
- Geiger R. (1999) Obligationenrecht Besonderer Teil. Arbeitsunterlagen Gossau
- Giebing H., Francois-Kettner H., Roes M. & Marr H. (1999) Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept Methode Praxis. Hans Huber Verlag, Bern, 3. Auflage
- Glasl F. (1999) Dynamische Unternehmensentwicklung, Haupt Verlag, Bern

Grossmann R., Prammer. K., 2003. Workshop Benchmarking zur Patientenzufriedenheit. Wien

H+ Die Spitäler in der Schweiz (1997) Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus, H.+ Bildungszentrum, Aarau Hrsg. Cranovwsky R., Hurter H.

Kaminske G.F. & Brauer J-P. (1995) Qualitätsmanagement von A – Z. Carl Hanser Verlag München

Käppeli S. (1986) Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 1. Hans Huber Verlag, Bern

Katz J. & Green E. (1996) Qualitätsmanagement. Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes. Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, Berlin Wiesbaden

Krankenversicherungsgesetz (1994) und Verordnungen zu den Krankenversicherungen 1995
www.bsv.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm

KSK/CAMS (2001) Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung. Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherung Solothurn

Kunz R. (2004) Deutsches Netzwerk evidenzbasierter Medizin.

Lustig E. (1998) Konzeptuelle Überlegungen für das Arbeiten mit Pflegestandards, Pflege, 11, S. 199-206

Nationale Arbeitsgruppe für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (NAQ) (1999) Qualitäts-terminologie. Schweizerische Ärztezeitschrift, 80, Nr. 32/33

Norris (1982) modifiziert von Frei/Niederer-Frei 1994, In Käppeli 1986, Pflegekonzepte, Band 1. Hans Huber Verlag Bern

Polit D. & Hungler B. (1999) Nursing Research: Principles and Methods. Lippincott, Philadelphia, 6th ed

Prakke H. & Flerchinger C. (1999) Qualitätsentwicklung: allgemeine Qualitätskriterien für die Pflege im Krankenhaus. Hans Huber Verlag, Bern

Reutlinger B. (2001) Pflegequalität: Forderungen, Zusammenhänge, Wege der Sicherung. Pflegemanagement, PR-Internet 5/01

Rüegger H. (2003) Qualitätsmanagement im Spital – wo bleibt die Ethik? H Competence Nr. , S. 7-10

Sackett D.L., Richardson W.S., Rosenberg W. & Haynes R.B. (1999) Evidenzbasierte Medizin. München Zuckerschwerdt

SBK (1989) Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger. Nationale Standards, Geschäftsstelle Bern

SBK-ASI (1990) Nachdruck (2000) Qualitätsnormen zur Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege (Pflegestandards). Geschäftsstelle SBK, Bern

Schröder P. (1998) Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Huber Verlag, Bern

Schubert M., Spirig R. & De Geest S. (2004) Die Auswirkungen des Stellenabbaus im Pflegebereich. Pflegewissenschaftliches Institut der Universität Basel

Steiner J. F. (2004) Personalangebote KSW. Editorial. Kantonsspital Winterthur

Universitätsspital Zürich (1997) Pflegeordner USZ. Einleitende Worte der Pflegedienstleitung zu den Pflegerichtlinien

TBM Consulting (2002) Glossar. <http://www.tbmcg.com/de/ourwork/glossary.html>

Verein Outcome (2000) www.vereinoutcome.ch

Walsch K (2000) Adverse events in health care: issues in measurement. Quality in Health Care 9, p 47-52

Weiss P. (2000) Praktische Qualitätsarbeit in Krankenhäusern, Springer, Wien

WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa_charta.htm

Wolter & Schweri (2003) Forschungsstelle für Bildungsökonomie F/B, Universität, im Auftrag des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT). Bern
www.bbt.admin.ch/berufsbj/publikat/d.rohstoff.pdf

Zähler A. (2002) efqm.ch. Unternehmensentwicklung. Begriffe. www.efqm.ch

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
EFQM	European Foundation for Quality Management
ICN	International council of nurses
KSW	Kantonsspital Winterthur
KIB	Klinik, Institut, Bereiche
KID	Klinik, Institut, Dienste
KIBD	Klinik, Institut, Bereiche, Dienste
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LEP	Leistungserfassung Pflege
NAQ	Nationale Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen
QS	Qualitätsstandard
SBK	Schweizerische Berufsverband für Pflegefachfrauen und –männer
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
WHO	World Health Organisation

Mitwirkende in diesem Konzept

Erarbeitet durch die Mitglieder der Projektgruppe

Costa Simone	Pflegeexpertin Höfa II in Ausbildung, Frauenklinik, KSW
Fuhrer M. Matthias	Dienstleiter Pflegedienst, KSW
Kuster Bettina	Leiterin Pflegeentwicklung, KSW, MNSc,
Millius Laure	Pflegefachberaterin, Chirurgische Klinik, KSW
Müller Rita	Pflegeexpertin Höfa II, Medizinische Klinik, KSW
Schürch Madeleine	Leiterin Pflege Medizinische Klinik, KSW

Punktuelle Mitarbeit

Amstutz C. Martin	Qualitätsbeauftragter, KSW
Ballarini Renato	Leiter Pflege Interdisziplinärer Notfall, KSW
Dalle Valla Marco	Hygienefachberater, KSW
Krämer Reinhold	LEP Beauftragter, Pflegedienst, KSW
Layer Monika	Leiterin Bildung Pflegedienst, KSW
Zbinden Reinhard	Ärztlicher Leiter, Spitalhygiene, KSW

Vernehmlassung

Amstutz C. Martin	Qualitätsbeauftragter, KSW
Ballarini Renato	Leiter Pflege, Interdisziplinärer Notfall, KSW
Decurtins Marco	Prof. Dr. CA Chirurgische Klinik, KSW
Galliker Bea	Leiterin Pflege ZIM ad Interim, KSW
Gugolz-Haller Denise	Leiterin Pflege, OPS und Anästhesie, KSW
Haller Alois	Dr. LA ZIM, KSW
Keller Renate	Pflegeexpertin Höfa II in Ausbildung, Chirurgische Klinik, KSW
Layer Monika	Leiterin Bildung Pflegedienst, KSW
Meyer Marianne	Leiterin Pflege Frauenklinik, KSW
Müller René	Dr. CoCA Frauenklinik, KSW
Haas Silvia	Leiterin Pflege Kinderklinik ad Interim, KSW
Stierli Susanne	Leiterin Pflege Chirurgische Klinik, KSW
Wintsch Thomas	Direktion Organisationsentwicklung, KSW

Externe Personen

Franziska Zeller	Pflegeexpertin Höfa II, Berufsschullehrerin Pflege, Programmleiterin Lehrgang QP – Kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der Pflege, WE'G Aarau Zürich
Monika Beck	Pflegewissenschaftlerin MNSc, Beratung Entwicklung Schulung, Buchs AG
Silvia Schmid Büchi	Pflegewissenschaftlerin MNSc, Universitätsspital Zürich

Spitalleitung

Ballmer E. Peter	Prof. Dr. CA Medizinische Klinik, KSW
Brandenberg Graziano	Dienstleiter Personaldienst, KSW
Fuhrer M. Matthias	Dienstleiter Pflegedienst, KSW
Isler Balz	Prof. Dr. CA Orthopädische Klinik, KSW
Meier Ruth	Dienstleiterin Finanzen, KSW
Steiner F. Jacques	Spitaldirektor KSW
Zollikofer Christoph	Dr. CA Institut für Radiologie, KSW

Anhang

Umsetzungsplan

Richtlinie Pflegedienst

Qualitätsstandard

EFQM Modell

Planung Einführung und Umsetzung des Qualitätskonzeptes Fachbereich Pflege im KSW

	2003												2004												2005												2006												2007														
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Entwicklung																																																															
QK entwickeln																																																															
QK Vernehmlassung																																																															
QK Def. Fertigstellung																																																															
QK Antrag zur Umsetzung																																																															
Einführung																																																															
Information an MA																																																															
Schulung QK (PDL, AL)																																																															
Implementierung QK																																																															
Evaluation der Einführung																																																															
Umsetzung																																																															
Qualitätsteuergruppe def.																																																															
Festlegen von Indikatoren																																																															
Implementieren																																																															
Datenerfassung																																																															
Ist - Soll Analyse																																																															
Aktionspläne erstellen																																																															
Umsetzung von Aktionsplänen																																																															
Erneute Datenerfassung																																																															
Analyse der Daten																																																															
Dok. der Verbesserung																																																															
Evaluation des QK																																																															
Jährliche Überarbeitung des QK																																																															

Übergabe-
rapport
beim Pat

Max. 7
Themen
bearbeiten

evt. gleiches
Thema weiter oder
ein neues Thema def.

Richtlinie Pflegedienst

Pflegedienst

Beschreibung:

- [Hintergründe](#)
- [Weisung](#)
- [Vorgehen](#)
- [Tipps und Tricks](#)
- [Quellen](#)
- [Anhang](#)

	Kommentare
Hintergründe	
Weisung	Verantwortung: Erstellungsdatum:
Vorgehen	
Vorbereitung	
Durchführung	
Nachbereitung	
Tipps und Tricks	
Quellen	

Anhang:

EFQM – Kriterium 5 mit Teilkriterien 5a- 5e

Verantwortliche/r: e-mail-Adresse:	Datum der Inkraftsetzung:
---------------------------------------	---------------------------

Beilage 2 vom Qualitätsentwicklungskonzept

Anleitung zum Raster Richtlinie

Titel	Der Titel ist kurz, prägnant und aussagekräftig											
Beschreibung	Die Beschreibung erläutert kurz den Inhalt der Richtlinie											
Hintergründe	Hier werden Informationen und Hintergründe zu diesem Thema, die benötigt werden kurz zusammengefasst.											
Weisung	<p>Eine Weisung ist eine Anordnung, die vom Arbeitgeber erstellt wird und die verbindlich ist. (gem. schweiz. Obligationenrecht)</p> <p>Eine Weisung wird von weisungsbefugten Personen für ihren Bereich erstellt, datiert und handsigniert. Das signierte Original wird im Sekretariat des Pflegedienstleiters aufbewahrt.</p> <p>Die in Richtlinien aufgeführten Weisungen müssen wortgetreu aufgeführt sein.</p> <p>Die Weisung erscheint in roter Schriftfarbe.</p>											
Vorgehen	<p>Der Abschnitt Vorgehen wird eingeteilt in:</p> <table><tr><td>Vorbereitung</td><td rowspan="3">}</td><td rowspan="3">allg. Richtlinie Pflegedienst</td></tr><tr><td>Durchführung</td></tr><tr><td>Nachbereitung</td></tr><tr><td>oder</td><td rowspan="3">}</td><td rowspan="3">Perioperative Richtlinie</td></tr><tr><td>Präoperativ</td></tr><tr><td>Operationstag</td></tr><tr><td>Postoperativ</td></tr></table> <p>Die Anweisungen werden, unter Einbezug der Weisung (wenn vorhanden), kurz und aussagekräftig passend in die Struktur eingefügt.</p>	Vorbereitung	}	allg. Richtlinie Pflegedienst	Durchführung	Nachbereitung	oder	}	Perioperative Richtlinie	Präoperativ	Operationstag	Postoperativ
Vorbereitung	}	allg. Richtlinie Pflegedienst										
Durchführung												
Nachbereitung												
oder	}	Perioperative Richtlinie										
Präoperativ												
Operationstag												
Postoperativ												
Tipps	Material- und Handlingtipps											
Quellen	<p>Literaturangaben sind korrekt nach folgenden Angaben zu gestalten: Weisungen, Richtlinien, Qualitätsstandards, Konzepte im Intranet: vollständiger Titel, Autorin, Datum, direkt verlinkt</p> <p>Buch: Name Vorname abgekürzt, (bei mehreren Autoren sind alle anzugeben), Erscheinungsjahr, Titel und Untertitel, Name des Verlags</p> <p>Beispiel: Backhaus K., Erichson B., Plinke, W. & Weiber, R. (1994). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung (7. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Zeitschrift: Name Vorname abgekürzt, Erscheinungsjahr, Datum, Titel, Name der Zeitschrift, Jahrgang (Ausgabe), Seitenzahl(en)</p> <p>Beispiel: Schaffert-Witvlie B. (2003). Juckreiz ohne Hautmanifestation – Welche State of the Art Pflegeintervention? Pflege 2003; 16, S. 253-255</p>											

Zeitungsartikel:

Name Vorname abgekürzt, Erscheinungsjahr, Titel, Name der Zeitung, Seitenzahl(en)

Online-Information:

Name Vorname abgekürzt, Erscheinungsjahr, Titel, Onlineadresse, Datum

Beispiel:

Dyer B. (1998). Web-based Training. <http://www.dyroweb.com/wbt/index.html> (5.1.1999)

Anhang

Unterlagen, Arbeitspapiere, Formulare im Intranet
vollständiger Titel, direkt verlinkt

Qualitätsstandard

Pflegedienst

Beschreibung:

[Problemstellung](#)

[Ziel](#)

[Strukturkriterien](#)

[Prozesskriterien](#)

[Ergebniskriterien](#)

[Messinstrument](#)

[Theoretische Grundlagen](#)

[Quellen](#)

[Anhang](#) (im Muster: Anleitung für den Qualitätsstandard, BAGE-Modell)

Problemstellung	
Ziel des Standards	
Strukturkriterien (Voraussetzungen)	1.
Prozesskriterien (Vorgehen)	2.
Ergebniskriterien (Resultate)	3.
Messinstrument	

Theoretische Grundlagen

Begriffserklärung	
Allgemeine Informationen	
Literaturangaben / Quellenangaben	

Verantwortung

Qualitätsstandarderstellung (Mitglieder Arbeitsgruppe)	Letzte Qualitätsstandardüberarbeitung (Mitglieder Arbeitsgruppe)
Qualitätsstandardüberprüfung anhand Messung vorgesehen: Datum oder Zeitraum:	Verantwortlich für die Messung:
Wie häufig ist die Messung vorgesehen?	Letzte Messung durchgeführt:
Überprüft durch die Kontrollgruppe	Datum:
In Kraft gesetzt durch PDL / Leitung Pflege	Datum:

EFQM:

Kriterium 5 - Prozesse mit Teilkriterien 5a-5e
Kriterium 6 - Ergebnisse mit Teilkriterien 6a-6b

Verantwortliche/r: e-mail-Adresse:	Datum der Inkraftsetzung:
---------------------------------------	---------------------------

Anleitung zum Raster Qualitätsstandard

Problembeschreibung:	Probleme oder Teilprobleme werden hier beschrieben, die im Zusammenhang mit der Thematik des Standards immer wieder auftauchen oder bestehen. Diese werden aufgelistet und Ursachen und Zusammenhänge aufgelistet.
Ziel	Was soll mit dem Standard erreicht werden?
Generelles zu Kriterien	<p>Kriterien sind die messbaren Elemente der Qualitätsstandards. Sie müssen nach den RUMBA- Regeln formuliert werden.</p> <p>Relevant = relevant Understandable = verständlich Measurable = messbar Behavioural = eindeutige beobachtbare Verhalten beschrieben Attainable = erreichbar</p>
Strukturkriterien (Voraussetzungen)	<p>Die Strukturkriterien beziehen sich auf die äusseren Bedingungen, unter denen die Arbeit stattfindet, wie bauliche, technische Ausstattung und personelle Strukturen bis hin zu den Kenntnissen der einzelnen Personen. Die leitende Fragestellung: Welche Voraussetzungen werden gebraucht, um eine qualitativ gute Arbeit bezogen auf das Thema des Standards leisten zu können?</p> <p>Die Strukturkriterien sollen sich auf professionelle, wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Mit den beschriebenen Strukturen muss ein Prozess erfolgen, der unter den Prozesskriterien beschrieben wird.</p>
Prozesskriterien (Vorgehen)	<p>Die Prozesskriterien beziehen sich auf Abmachungen in Bezug auf Handeln und Ausführen. Dabei wird die Ausführung der Handlung Schritt für Schritt beschrieben und bei bereits vorhandenen Beschreibungen wie z.B. einer Richtlinie werden Querverweise angebracht.</p> <p>Überprüft werden muss, ob zu den Prozesskriterien auch die nötigen Strukturkriterien vorhanden sind. Die Prozesskriterien werden meistens mit Tätigkeitswörtern umschrieben wie erklärt, fragt, informiert, gibt, instruiert.</p>
Ergebniskriterien (Resultate)	<p>Die Ergebniskriterien beziehen sich auf das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden oder auf den Gesundheitszustand des Patienten. Dies bedeutet im Idealfall, dass alle Massnahmen mit den zu erwartenden Ergebnissen in Verbindung gebracht werden können.</p> <p>Ergebniskriterien beschreiben das erwünschte Ergebnis, das zu erwarten ist, wenn die beschriebenen Strukturen vorhanden und Prozesse damit ausgeführt werden.</p>

Messinstrument

Ein Messinstrument ist ein unabdingbarer Bestandteil des Qualitätsstandards. Es dient dazu die definierten Strukturkriterien auf ihr Vorhandensein und die Prozesskriterien auf ihre Durchführung zu überprüfen. Das Messinstrument besteht aus einzeln formulierten Fragen, mit denen der Ist-Zustand, d.h. die Realität der geleisteten Arbeit überprüft wird. Das Instrument muss so eindeutig sein, dass verschiedenen Personen, die den Ist-Zustand damit erheben, zu identischen Ergebnissen kommen.

Das Messinstrument muss folgenden Anforderungen gerecht werden:

Das Instrument soll relevant sein, d.h. das messen, was erhoben werden soll.

Bei jeder Person bzw. Situation das gleiche erheben.

Jede Situation muss auf die gleiche Art und Weise erhoben werden

Es sollte bei den Personen, die überprüft werden, keine Angst auslösen.

Grundlegende Erhebungsmethoden: Beobachtung, mündliche Befragung und schriftliche Befragung.

Beschrieben in dieser Rubrik sind auch die Art der Messung, die Zeitdauer der Messung, die Häufigkeit der durchgeführten Messungen und die Verantwortlichkeit (Baartmans & Geng 2002).

Begriffserklärung

Unklare Begriffe oder Begriffe, die verschieden interpretiert werden können, werden in dieser Spalte definiert und/oder erklärt.

Literaturangaben/ Quellenangaben

Literaturangaben sind korrekt nach folgenden Angaben zu gestalten:

Buch:

Name Vorname abgekürzt, (bei mehreren Autoren sind alle anzugeben), Erscheinungsjahr, Titel und Untertitel, Name des Verlags

Beispiel:

Backhaus K., Erichson B., Plinke, W. & Weiber, R. (1994). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung (7. Aufl.). Berlin: Springer

Zeitschrift:

Name Vorname abgekürzt, Erscheinungsjahr, Titel, Name der Zeitschrift, Jahrgang (Ausgabe), Seitenzahl(en)

Beispiel:

Schaffert-Witvliet, B. (2003). Juckreiz ohne Hautmanifestation – Welche State of the Art Pflegeintervention? Pflege 2003; 16, S. 253-255

Zeitungsartikel:

Name Vorname abgekürzt, Erscheinungsjahr, Datum, Titel, Name der Zeitung, Seitenzahl(en)

Online-Information:

Name Vorname abgekürzt, Erscheinungsjahr, Titel, Onlineadresse, Datum

Beispiel:

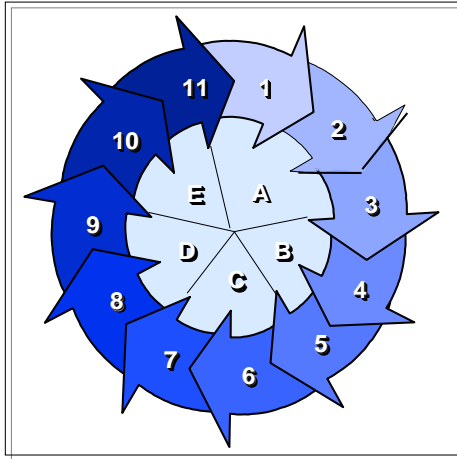
Dyer B. (1998). Web-based Training. <http://www.dyroweb.com/wbt/index.html> (5.1.1999)

Anhang

Im Anhang können ergänzende Informationen, Richtlinien, Weisungen usw. platziert werden. Auf alle diese Materialien muss im Text verwiesen werden.

Das BaGe® Modell

Das BaGe Modell wurde von Paul C. M. **Baartmans** und Veronika **Geng** (2000) aufgrund von Erfahrungen in der Praxis und verschiedener Aspekte verschiedener Modelle entwickelt.



Der Qualitätssicherungs- und Förderungsprozess wird in fünf Grobbereiche (A - E) eingeteilt, die wiederum in elf Arbeitsphasen unterteilt sind. Diese Arbeitsphasen basieren auf Entscheidungen und Aktivitäten, die getroffen werden oder stattfinden sollen.

Die Grobbereiche und Arbeitsphasen im Einzelnen

A Vorbereitungsphase	1. Erstellung eines Themenkataloges für die Bearbeitung im Qualitätssicherungsprozesses
	2. Themenauswahl
	3. Auswahl des Teilnehmerkreises für die Qualitätsstandardentwicklung
B Entwicklungsphase	4. Formulierung der einzelnen Elemente eines Qualitätsstandards
	5. Entwicklung eines Messinstrumentes zur Überprüfung des Qualitätsstandards
C Überprüfungs- und Analysephase	6. Datenerhebung des Ist-Zustands
	7. Analyse der Ergebnisse (Soll-Ist-Vergleich)
D Optimierungsphase	8. Erstellen eines Massnahmenplanes zur Qualitätsverbesserung
	9. Durchführung der Massnahmen
E Evaluationsphase	10. Erneute Datenerhebung
	11. Analyse - Unterschiede zwischen 1. und 2. Datenerhebung

Baartmans und Geng (2000, S. 49)

A Vorbereitungsphase

Diese Phase dient der Auswahl des zu bearbeitenden Themas und der Personen für die Qualitätssicherung und - Förderung und wurde in drei Teilbereiche unterteilt.

1. Themenkatalog erstellen
Sammlung von verschiedenen Themen
2. Themenauswahl
Entscheidungstreppe nach Baartmans/Geng (2000, S51)
3. Auswahl des Themenkreises
Die Teilnehmer und die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Qualitätsstandards sind abhängig von dem ausgewählten Thema (z.B. multidisziplinäre Themen)

B Entwicklungsphase

Ein Qualitätsstandard besteht aus Normen und Werten, die in den einzelnen Elementen zum Ausdruck kommen. Normen und Werte basieren auf aktuellen, wissenschaftlichen und beruflichen Erkenntnissen.

Ein Qualitätsstandard ist folgendermassen aufgebaut:

Thema:

Problembeschreibung
Begründung/Ziel des Qualitätsstandards
Strukturkriterien
Prozesskriterien
Ergebniskriterien
Literatur
Messinstrument

C Überprüfungs- und Analysephase

Datenerhebung - Erläuterung und Vorbereitung

Nach der Entwicklungsphase liegt nun der beschriebene Soll-Zustand anhand der formulierten Kriterien vor. Mit dem entwickelten Messinstrument kann nun der Ist-Zustand überprüft werden. Damit mit dem Messinstrument ein zuverlässiges Ergebnis erreicht wird, müssen verschiedene Aspekte beachtet werden. Ein Aspekt ist die Anwenderfreundlichkeit des Instrumentes. Ein weiterer Aspekt ist die Zuverlässigkeit eines Instrumentes.

In der Analysephase werden Soll-Zustand, die definierte Qualitätsgrösse und der Ist-Zustand, die tatsächlich geleistete Qualität, einander gegenübergestellt.

D Optimierungsphase

Nachdem die Daten der vorhergehenden Phase vorliegen, kann in die Phase acht des BAGE-Modells eingestiegen werden. Dabei gilt festzulegen, wer welche Daten der Analyse erhält. Im Allgemeinen gilt, dass die Ergebnisse in erster Linie an den Auftraggeber gehen und diese Person über das weitere Vorgehen, so auch die Vereilung der Informationen, entscheidet. In der Regel sollte es so sein, dass das leitende Personal der von dem Standard betroffenen Bereiche auch die Ergebnisse erhält.

E Evaluationsphase

In der Evaluationsphase wird der Effekt der durchgeführten Massnahmen überprüft. Baartmans und Geng (2000)

EFQM:

Kriterium 5 - Prozesse mit Teilkriterien 5a-5e
Kriterium 6 - Ergebnisse mit Teilkriterien 6a-6b