



Qualitätsmanagement

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben werden in Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen seit 1996 in verschiedenen Bereichen qualitätsfördernde und -sichernde Instrumente entwickelt und angewandt.

Die Pflegequalität ist ein wesentliches Element der Unternehmenskultur und des Unternehmungserfolgs.

Pflegequalitätsstandards

Mitte 1997 wurden die ersten Pflegequalitätsstandards eingeführt. Die klinikübergreifenden und -spezifischen Pflegequalitätsstandards werden in regelmässigen Abständen aktualisiert und überprüft. Bei Bedarf werden neue Pflegequalitätsstandards ausgearbeitet und eingeführt.

Seit 2000 steht der Pflege ein EDV gestütztes Messinstrument zur Überprüfung der Pflegequalitätsstandards zur Verfügung, das eine effiziente und bedarfsgerechte Auswertung ermöglicht.

Klinikübergreifende Pflegequalitätsstandards

1. Aufenthaltsmanagement Pflege
2. Verbandwechsel
3. Palliativpflege
4. Ganzkörperpflege
5. Ernährung – Nahrungsaufnahme regulieren und unterstützen
6. Dekubitusprophylaxe

Klinikspezifische Pflegequalitätsstandards

Medizin

1. Spezielle Mundpflege
2. Konzept Bobath: Lagerung, Mobilisation, Schluckstörung / Schluckversuch, Aphasie
3. Umgang mit verwirrten Patienten, Patientinnen
4. Der Patient, Die Patientin mit Entzugssymptomen bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen
5. Anorexia Nervosa
6. Sturzprävention

Chirurgie

1. Übergabe am Patientenbett
2. Präoperative Pflege
3. Postoperative Pflege

Gynäkologische

1. Konservative Behandlung bei Frauen mit Blasenproblemen
Medikamente der konservativen Blasentherapie
Blaseninstillation
Medikamente zur Blaseninstillation
Trink- und Miktionstraining – Bei konservativer Blasentherapie



2. Intimpflege
Pflege von brustoperierten Frauen
3. Übergabe am Patientenbett
Pflegefachgespräch

Wochenbett

1. Stillen / Anatomie und Pflege der Brust
2. Stillen / Stillprobleme
3. Stillen von Mehrlingen / Frühgeburten / kranken und behinderten Neugeborenen
4. Mastitis puerperalis
5. Abstillen primär / sekundär
6. Austrittsplanung von Mutter und Kind
Austrittsgespräch
7. Rooming – in
8. Umfassende Pflege einer Frau mit Sectio caesarea
9. Betreuung der Risikoschwangeren auf dem Wochenbett; Pränatal
10. Verlegung von Gebärsaal auf die Abteilung von Mutter und Kind

Notfall

1. Pflegeanamnese
2. Umgang mit Angehörigen und Bezugspersonen
3. Interne und Externe Verlegung eines Patienten, einer Patientin
4. Schmerztherapie
5. Notfalleintritt

Hämodialyse

1. Erstgespräch / Pflegeanamnese
2. Umgang mit Angehörigen / Bezugspersonen
3. Shuntpunktion
Shuntflussmessung
ATL Essen und Trinken

Kontakt: ursina.schmid@stgag.ch

Pflegediagnostik

Aus der Notwendigkeit heraus, die Pflege in Zukunft transparent darzustellen wurde Anfang 2007 die Pflegediagnostik in Anlehnung nach Doenges & Moorhouse (2003) auf 3 Pilotstationen implementiert. Im November 2007 fasste die Pflegediagnostik auch auf den restlichen Pflegestationen fuss. Mittlerweile arbeiten im KSF die Medizin, Chirurgie, Frauenklinik, Intensivstation, Notfall und Hämodialyse mit Pflegediagnosen. Der hohe Anspruch beim Diagnostizieren besteht darin, aus einer Vielfalt von Informationen die richtigen Schlüsse zu ziehen und darauf angepasstes pflegerisches Handeln zu planen. Wird ein Problem nicht erkannt oder falsch diagnostiziert, hat dies eine falsche Pflegediagnose und eine unangepasste Pflege zur Folge.

Eigens für die Pflege wurde in Zusammenarbeit mit der Pflegeexpertin ein EDV gestütztes Programm zur Erfassung von Pflegediagnosen entwickelt. Insgesamt verfügt die Pflege über einen Katalog von ca. 110 verschiedenen Pflegediagnosen, die in der Projektgruppe erarbeitet wurden.



Die Definition nach NANDA (2005) lautet:

„Pflegediagnosen stellen eine klinische Urteilsbildung bezüglich aktueller und potentieller Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse von Individuen, Familien oder Gemeinden dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen zur Erreichung von Ergebnisse, für welche die Pflegefachperson verantwortlich ist“

Kontakt: ursina.schmid@stgag.ch

Bezugspflege

Im Kantonsspital Frauenfeld wurde im März 2009 mit dem Projekt Bezugspflege auf drei Pilotpflegestationen gestartet und anschliessend evaluiert. Im November 2009 konnte die Bezugspflege auf allen Stationen eingeführt werden. Dies hatte eine Veränderung der Pflegeorganisation zur Folge und ermöglicht nun eine kompetenzgerechte Arbeitsteilung zwischen den unterschiedlich ausgebildeten Fachpersonen. Zudem wird durch eine pflegerische Bezugsperson die Verantwortungsübernahme gewährleistet und fördert so die Kontinuität in der Pflege und dadurch die Patientenorientierung.

Die Hauptabsicht dieser Veränderung besteht darin, das ein quantitativ und qualitativ sinnvoller und kompetenzgerechter Einsatz der unterschiedlich ausgebildeten Fachpersonen gewährleistet und die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess eines Patienten während seines Aufenthaltes durch eine pflegerische Bezugsperson übernommen werden kann.

Damit die Veränderungen der Pflegeorganisation möglich waren, wurden verschiedene Rahmenbedingungen definiert. Diese werden nachfolgend beschrieben:

- Übernahme von Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen in Bezug auf die Pflege eines Patienten (Pflegeprozess) während des gesamten Aufenthaltes auf einer Abteilung durch die gleiche Pflegefachperson (Bezugspflegerin)
- Kontinuität der Pflege durch Zuteilung einer diplomierten Pflegefachperson für die Pflege eines Patienten
- Direkte Kommunikation zwischen Patient / Angehörigen und der Bezugspflegerin sowie zwischen der Bezugspflegerin und anderen Diensten
- Bei der Ausführung der Pflege wählen wir ein weniger ausgeprägtes Prinzip als es von Manthey (2002) beschrieben wird. Die Pflegeplanende (Bezugspflegerin) ist nicht immer Pflegedurchführende.
- Die Verantwortungsübernahme für einen Patienten während seines gesamten Aufenthaltes erfordert von den Pflegefachpersonen neben einem professionellen Berufsverständnis, die Wahrnehmung und kompetente Ausführung der Kernaufgaben der Pflege (Horlacher, 2003).

Kontakt: franziska.stalder@stgag.ch



Sturzprävention

Sturzprävention im Akutspital ist ein wichtiges Thema. Knapp ein Drittel der über 65-jährigen Bevölkerung in der Schweiz stürzte während 12 Monaten mindestens einmal, wobei sich die Sturzinzidenz bei den über 85-jährigen verfünffacht (Grostynski et al., 1999). Wenn auch mehrheitlich keine Verletzungsfolgen zu beklagen sind, beeinträchtigen Stürze oft das Selbstvertrauen und die Selbstständigkeit der Patienten (Schwendimann, 2000).

Seit 2001 werden Stürze auf den medizinischen Abteilungen erfasst. Konkrete Aussagen über die Sturzereignisse waren dabei beschränkt möglich. Nach der Modifizierung des Sturz-Ereignisprotokolls (Giger, 2006), werden Stürze auch auf den chirurgischen und gynäkologischen Stationen erfasst.

Mitte 2007 startete das Projekt Sturzprävention auf einer medizinischen Abteilung. Durch das frühzeitige Erkennen des Sturzrisikos anhand der Morse Skala sowie das gezielte individuelle Einleiten von Einzelinterventionen anhand einer Checkliste, wird versucht die Sturzinzidenz und -folgen bei dem stationär betreuten Patienten (über 65 Jahre) zu reduzieren.

Kontakt: ursina.schmid@stgag.ch

Dekubitusprophylaxe

Entsprechend den Vorgaben von Santésuisse und H+ müssen Spitäler Angaben zu medizinischen Outcome - Kriterien (Komplikationen) aufgrund mangelnder prophylaktischer Massnahmen machen. Dies dient einerseits der Kontrolle und lässt andererseits klare Rückschlüsse auf die Qualität der Behandlung und Betreuung der jeweiligen Spitäler zu. Der Pflegedienst KSF hat sich dazu entschlossen, Aussagen über die Anzahl sowie z.B. die Entstehung von Dekubiti zu machen.

Durch Schulungen und Sensibilisierung des Pflegefachpersonals, zukünftige regelmässige Überprüfungen des Pflegequalitätsstandards und der systematischen Erfassung von Dekubiti soll die Inzidenzrate aller Druckgeschwüre gesenkt werden. Im 1. April 2008 kann die Pflege anhand eines neu entwickelten Formulars, Dekubiti umfangreich und EDV-gestützt erfassen. Erfasst werden, um kurz einige Kriterien zu nennen: die Anzahl Pflage tage und davon die Pflage tage mit Dekubiti ab dem Schweregrad II bis Schweregrad IV differenziert. Zudem wird jeweils zwischen „mitgebrachten“ und „in der Institution erworbenen“ Dekubiti unterschieden. Zielsetzungen sind, vorerst die Zahl der Dekubiti durch die Sensibilisierung der Pflage teams auf das Thema zu senken und eine Vergleichbarkeit über die Standardisierung von Erfassungsmethodik und Inhalt zu schaffen, so dass das KSF ein Benchmarking vornehmen kann.

Kontakt: ursina.schmid@stgag.ch