

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

09.03.2009 bis 12.03.2010

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

- Qualitätsmanagement -

**Ist die Miteinbeziehung der Mitarbeiter in die
Evaluierung des Prozessablaufes (ISO)
in Hinsicht auf die Verbandstechniken möglich?**

vorgelegt von: Günther Lackner, DGKP
Landeskrankenhaus Klagenfurt
Abteilung für Dermatologie und
Venerologie

begutachtet von: Fr. OSr. Mag.(FH), Zamminer Isabella
Landeskrankenhaus Klagenfurt
Pflegedirektion

Jänner 2010

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

(Lackner Günther)

Klagenfurt am Wörthersee, 12.01.2010

Abstract

In dieser Arbeit bearbeite ich das Thema:

„Qualitätssicherung – wie kann man Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement einbinden um Prozesse zu verbessern“

Aufgrund der geleisteten Vorarbeit wurde die Dermatologie des Landeskrankenhauses Klagenfurt/See im Jahr 2008 durch die ISO 9001:2000 zertifiziert.

Da ich die Rolle des Qualitätsbeauftragten vor zwei Jahren übernommen habe, möchte ich mich in diesem Bereich vertiefen.

Es wurden dabei sehr viele Prozessabläufe abgebildet und überarbeitet. Kriterien wie Kundenzufriedenheit und Qualitätserwartung wurden eingearbeitet.

Da eine kontinuierliche Überprüfung und eine kritische Ansicht auf die gegebenen Prozesse zur Verbesserung unabdingbar sind, finde ich es sehr wichtig, dass nicht nur Führungskräfte und Qualitäts-Management die Verbesserung durchführen, sondern auch die Mitarbeiter mit einbezogen werden

Die Einbindung hilft die Motivation zu steigern, Fehler werden erhoben und Lösungen vom Team gebracht. Solch eine Prozessoptimierung verbessert die Mitarbeiterzufriedenheit wie auch die Kundenzufriedenheit.

Mein Projekt besteht darin zwischen den Stationsbereichen die Pflegetherapie zu optimieren und zu vereinheitlichen, sodass man von einer einheitlichen Pflegetherapie-Qualität ausgehen kann.

Die Durchführung möchte ich mit einer Soll Analyse beginnen. Eine Verbesserung wird nach einem Rapid Improvement Event (RIE) sowie eines Teammotivationsstages durchgeführt und von mir anschließend ausgewertet.

Unterstützung und Projektfreigabe wurde mir durch

Prim. Dr. Pachinger und OSr. Kleiner Hermine zugesagt. Die Einbindung des QM-LKH Klagenfurt wird von mir angestrebt.

INHALTSVERZEICHNIS:

1.	HYPOTHESE	7
1.1.	ERSTELLUNG DER HYPOTHESE	7
2.	QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM ISO 9001:2000	8
3.	DER BEGRIFF QUALITÄT?	8
4.	KUNDENORIENTIERTE QUALITÄT	9
4.1.	QUALITÄTSSTANDARD	9
4.2.	QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DAS PRÜFEN UND MESSEN IM QUALITÄTSMANAGEMENT	10
4.3.	QUALITÄT BEURTEILEN	12
5.	PROZESSABLÄUFE OPTIMIEREN - MITARBEITER EINBINDEN	13
5.2.	GRUNDSÄTZE DES TQM	15
5.3.	DIE VOR- UND NACHTEILE DES RAPID IMPROVEMENT EVENT (RIE)	16
5.4.	VORTEILE DES RIE	16
5.5.	DIE NACHTEILE	17
5.6.	DAS OPFER	17
5.7.	DIE PROBLEMATIK ERKENNEN	17
5.8.	DAS VERBESSERUNGSTEAM	18
5.9.	MITARBEITER SIND DAS HERZ UND DER MOTOR DER VERBESSERUNG	18
6.	ANDERE VERBESSERUNGSMETHODEN FÜR PROZESSABLÄUFE MIT TEAMMOTIVATION	18
6.2.	WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER „GUTEN IDEE“?	20
6.4.	VORBEUGEMAßNAHMEN	20
6.5.	KORREKTURMAßNAHMEN	20
7.	PROZESSABLAUF SOLL ANALYSE IM STAT. BEREICH	21
7.2.	AUCH FÜHRUNGSKRÄFTE SPIELEN EINE WICHTIGE ROLLE	22
7.3.	KOSTENOPTIMIERUNG	22
7.4.	SCHNITTSTELLENMANAGEMENT	23
8.	FÜHRUNG DER PROZESSOPTIMIERUNG	23
8.1.	AUCH DER PAPIERKRIEG KOMMT NICHT ZU KURZ	23
8.2.	EINSETZEN DES RAPID IMPROVEMENT EVENT IM STATIONSBEREICH	24
8.2.1.	ERSTER TAG – RIE	24
8.2.2.	ZWEITER TAG	24
8.2.3.	DRITTER TAG	24
8.2.4.	VIERTER TAG	25
8.2.5.	DER FÜNFTE TAG	25
9.	LÖSUNGEN UND PROZESSVERBESSERUNGEN KOMMEN VOM TEAM – MOTIVATION?	26
9.1.	AUSWERTUNG: WAS HAT ODER KANN SICH NACH RIE VERÄNDERN?	26
10.	RESÜME	28
10.1.	POSITIV	28
11.	ANHANG	29
11.1.	ABSTRACT	29
11.2.	PROJEKTAUFTRAG	30
11.3.	LEITLINIEN (ÜBERARBEITET UND IM ANEIS ADAPTIERT)	32
11.4.	LITERATURVERZEICHNIS	33
11.5.	INTERNETVERZEICHNIS	33
11.6.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	33

1. HYPOTHESE

Die Hypothese lautet: „Eine Verbesserung im Bereich der Prozessabläufe wird unter Miteinbeziehung von Mitarbeitern qualitativ erreicht und steigert durch die Findung von Lösungen die Mitarbeitermotivation.“

1.1. ERSTELLUNG DER HYPOTHESE

Da ich seit 2008 auf der Abteilung für Dermatologie und Venerologie im Landeskrankenhaus Klagenfurt als Qualitätsbeauftragter tätig bin, ist es mir aufgefallen, dass eine Evaluierung oder Änderung von Abläufen meist an den eingeteilten Personen (Oberschwester, Qualitätsbeauftragten Medizin / Pflege) hängen bleibt.

Eine Prozessveränderung oder -optimierung kann auf Grund der praktischen Erfahrung im Bereich der Basisabläufe durch Einbeziehung der Mitarbeiter selbst am besten verändert werden.

Der Mitarbeiter findet die zu optimierenden Stellen im Prozessablauf und setzt diese in der Praxis um (Testphase). Dabei ist das Finden von Lösungsvorschlägen durch den Mitarbeiter für eine Änderung im Prozessablauf für mich eines der wichtigsten Themen im Bereich Qualitätsmanagement um das System „zum Leben zu erwecken.“

2. QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM ISO 9001:2000

Die International Standardization Organization (ISO) ist eine weltweit, unabhängige Vereinigung der offiziellen Norminstiute aus 156 verschiedenen Ländern. Im Jahre 1928 wurden sie als „National Federation of Standardizing Association“ (ISA) von den großen Industriestaaten gegründet und im Jahre 1948 in die Nachfolgeorganisation ISO umgewandelt.

Ziel der ISO ist es, mit weltweit einheitlichen Normen, den Austausch von Gütern und Dienstleistungen zu erleichtern. Die Aufgabenbereiche erstrecken sich auf fast alle Bereiche der Technik und der Wirtschaft.¹

Die Reihe DIN-EN-9000 wurde 1987 eingeführt und umfasst branchenunabhängig Dienstleistungsbetriebe. Somit können mit der ISO 0991:2000 auch Krankenanstalten auditiert werden.

Die ISO 9000 wurde daher entwickelt um Organisationen jeder Art und Größe bei der Durchführung von Arbeiten mit wirksamen und effizienten Instrumenten im Qualitätsmanagement zu unterstützen und zu helfen.²

ISO 9001:2001 setzt die Anforderungen an ein Qualitätsmanagement fest, dass die Organisation ihre Fähigkeiten darlegen muss, Produkte oder Dienstleistungen bereitzustellen, die die Anforderungen der Kunden erfüllen und anstrebt die Kundenzufriedenheit zu erhöhen.³

3. DER BEGRIFF QUALITÄT?

Jeder möchte hochwertige Produkte und Dienstleistungen. Was wird damit überhaupt gemeint?

Kann der Dienstleistungsbetrieb eigentlich zu viel Qualität bieten. Ohne eine klare Definition von Qualität und wie man Qualität bewerten bzw. messen kann, ist es nicht möglich kundenorientierte Dienstleitungen anzubieten.

¹ vgl. <http://www.on-norm.at>

² vgl. <http://www.q-m-a.de>

³ vgl. ÖNORM EN ISO 9000, S.6

4. KUNDENORIENTIERTE QUALITÄT

Als erstes muss man sich überlegen was für die meisten Kunden oder Patienten im Bereich des Krankenhauses Qualität bedeutet. Ein Qualitätsprodukt auf eine Dienstleistung projiziert soll in vielen Bereichen einem hohen Maß an Standard erfüllen. Hinsichtlich der Anamnese, Planung, Durchführung, Evaluierung und der Reflexion.

Bei Qualität geht es in einem Unternehmen darum die Erwartungen des Kunden zu erfüllen oder wenn möglich zu übertreffen. Im Bereich eines Spitalsaufenthaltes ist dies erreicht wenn der Patient einen weiteren Behandlungsvertrag eingeht. Kundenzufriedenheit ist kein Selbstzweck. Sieht man z.B. eine Kundenbindung als Folge und Zielgröße einer Erhöhung der Kundenzufriedenheit, so ist deren positive Wirkung als nicht vollständig abgesichert zu betrachten.⁴

4.1. QUALITÄTSSTANDARD

Die Begriffe Standard und Norm müssen vorab erläutert werden, da sie im deutschen Sprachraum unterschieden werden. Dies gilt nicht für den englischen Raum. Die von den Normungsorganisationen herausgegeben Dokumente heißen „Standards“ und der Normungsprozess wird als „Standardization“ bezeichnet. Ein Unterscheidungsmerkmal zwischen Norm und Standard bezieht sich auf die Faktoren Konsensgrad und Zeit. Es ist daher ein Dokument, das im Konsens zwischen den Interessierten erstellt wird. Im Gegensatz hierzu kann der Standard von einem geschlossenen Kreis von Unternehmen oder auch nur einem Unternehmen unter Ausschluss der Öffentlichkeit entwickelt werden. Oftmals werden Standards zu einem späteren Zeitpunkt unter Berücksichtigung der vorher genannten Kriterien zu Normen umdefiniert.⁵

Qualitätsstandards bieten eine gemeinsame Sprache und eine Bemessungsgrundlage um die Qualitätseigenschaften von Produkten oder Dienstleistungen zu beschreiben. Der Begriff Standard beschreibt unter anderem Dinge wie Spezifikationen, Maßangaben oder Prozessabläufe. Qualitätsstandards sollen bei der Dokumentation der Prozessabläufe helfen damit nachgewiesen werden kann, dass genau das befolgt und getan wird, was behauptet wird.⁶

⁴ Vgl. Kundenorientierte Prozessverbesserung (2001), S.13

⁵ Vgl. Qualitätssicherung f.D. (2008), S. 41

⁶ Vgl. Qualitätssicherung f.D. (2008), S. 45

Die Erstellung von Qualitätsstandards hat die Aufgabe drei große Bereiche widerzuspiegeln;

- Kundenanforderungen
- Qualitätsstandard beschreibt den Dienstleistungsbetrieb genau was der Kunde (Patient) von ihm haben möchte
- Kosten reduzieren
- Prozessabläufe können gemessen und optimiert werden, Einzelprüfungen daher Kostenreduktion
- Sicherheit bieten

Qualitätsstandart helfen im Gesundheitswesen Sicherheit im Patientenbereich zu bieten.⁷

4.2. QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DAS PRÜFEN UND MESSEN IM QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Internationale Organisation für Normung (ISO) definiert Qualitätssicherung als „Tätigkeit, die Vertrauen darin schafft, dass die Anforderungen erfüllt werden“.

Um die Ziele des Qualitätssicherungsprozesses zu erfüllen, muss ein Unternehmen nicht nur das Produkt oder die Dienstleistung am Ende des Produktionsprozesses betrachten, sondern auch die Tätigkeit wie Design, Entwicklung, Produktion, Installation, Kundendienst und Dokumentation.

Die Qualitätssicherung ist also mehr als nur die Überprüfung, ob das Produkt oder die Dienstleistung den Erwartungen des Kunden entspricht. Sie müssen auch den Prozess näher betrachten, der zur Erstellung des Produktes oder der Dienstleistung führt, um zu sehen, ob sie in der Lage sind, jederzeit ein Qualitätsprodukt oder eine Qualitätsdienstleistung zu erstellen.

Wenn Qualität gemessen wird, während das Produkt erstellt oder die Dienstleistung ausgeführt wird, kann verhindert werden, dass der Kunde (Patient) eine schlechte Leistung erhält.

⁷ Vgl. Qualitätssicherung f.D. (2008), S. 49

Weil schlechte Prozesse aus guten Produkten schlechte machen können und weil schlechte Teile zu schlechten Produkten oder Dienstleistungen führen, ist das primäre Ziel in der Qualitätssicherung, Fehler zu beheben, wenn möglich, bevor sie auftreten. Es ist billiger und einfacher, die Dinge von Anfang an richtig zu machen, anstatt etwas noch einmal machen zu müssen, um einen Fehler zu korrigieren.⁸

Eine effektive Methode zur Prozessverbesserung besteht darin, die Mitarbeiter nicht nur in ihrem Prozessbereich auszubilden, sondern ihnen auch zu zeigen, wie ihre Arbeit in das gesamte Produktionssystem hineinspielt. Mit dem Wissen können sich die Mitarbeiter eine Vorstellung davon machen wie sich ihre Arbeit auf nachfolgende Prozessabläufe auswirkt. Den Mitarbeitern sollte auch die Gelegenheit gegeben werden, Vorschläge zur Verbesserung der Prozesse zu machen, die denen vorgeschaltet sind. Solche Initiativen helfen ein besseres Produkt oder einen besseren Prozessablauf zu gewährleisten.⁹

Zur Messung und Überwachung der Kundenzufriedenheit müssen geeignete Messinstrumente bestimmt werden.

Die Organisation muss Informationen über die Wahrnehmung der Kunden in der Frage, ob die Organisation die Kundenanforderungen erfüllt hat, als einen der Indikatoren für die Leistung des Qualitätsmanagement-Systems überwachen. Die Methoden zur Erlangung und zum Gebrauch dieser Informationen müssen festgelegt werden. (Normentextauszug ISO/CD 9001:2007)

Wichtig ist, dass alle Mitarbeiter für das Thema Kundenzufriedenheit sensibilisiert werden und ihr Tun danach ausrichten. Die Organisation sollte die Wichtigkeit der Zufriedenheit aller Kunden und Interessenpartner erkennen.

Zur Messung der Kundenzufriedenheit können beispielsweise folgende Maßnahmen herangezogen werden;

- Durchführung von Kundenbefragungen (wird intern auf der Abt. für Dermatologie und Venerologie durchgeführt und als Kennzahl gewertet, siehe Anhang)
- Direktes Feedback des Kunden (Patienten) (wird infolge einer Pflegevisite bei der Umsetzung des Pflegeprozesses regelmäßig, einmal pro Woche, ein Patient, im Bereich der Station durchgeführt)

⁸ Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S.58-59

⁹ Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S. 60

- Beschwerdemanagement (ist intern als gute Ideen Programm installiert. Dabei wird versucht aufgetretene (fast) Fehler im guten Ideen Programm zu bearbeiten)
- Weitere selbst definierte Kennzahlen
(z.B. Phlebitisstatistik)

Die generellen Ziele des Beschwerdemanagements liegen darin die Kundenzufriedenheit wiederherzustellen.¹⁰

Ein gutes Kennzahlensystem hilft dabei zu beurteilen, wo man steht und wohin man mit dem Unternehmen will. Der Kunde möchte in der Regel, dass sich bestimmte Eigenschaften des Produktes oder der Dienstleistung an seine Spezifikationen messen. Die Aufgabe des Unternehmens ist es festzulegen;

- Was wird gemessen?
- Wie und wann wird gemessen?

Die Ausbildung der Mitarbeiter ist dabei ein sehr großer Bestandteil, um sicherzustellen, dass jeder Beteiligte dieselben Spezifikationen auf dieselbe Weise angewendet wird. Es werden Daten in einem brauchbaren Format gesammelt und ausgewertet um die Effektivität des Qualitätsplanungsprozesses zu bestimmen. Die Effektivität der Prozessabläufe ist abhängig von der Qualität der gesammelten und analysierten Daten. Wenn Mitarbeiter, wegen fehlender Aus-Weiterbildung, fehlende oder falsche Daten analysieren kann es zu keiner vernünftigen Entscheidungsfindung kommen und daher ist die Qualitätsverbesserung eingeschränkt.¹¹

4.3. QUALITÄT BEURTEILEN

Am einfachsten lassen sich Daten mit statistischen Mitteln analysieren. Die Statistik dient bei der Qualitätssicherung vielen Zwecken;

Es lassen sich Teilprozesse oder ganze Prozessabläufe bestimmen die im Unternehmen für die meisten Probleme sorgen

¹⁰ Vgl. PQM, Prozessorientiertes Qualitätsmanagement (2008), S. 222-223)

¹¹ Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S. 34

Statistiken können zur Stichprobenerhebung verwendet werden, sodass nicht alle Produkte oder Dienstleistungen getestet werden müssen

Es können aber auch Beziehungen zu den Messwerten hergestellt werden, auch dann wenn diese Beziehungen nicht immer offensichtlich sind.

Sie ermöglichen auch kleine Prozessveränderungen wahrzunehmen und darauf zu reagieren.

Der Grundgedanke hinter der statistischen Prozessregelung ist das Erkennen von Veränderungen in einem Prozess, bevor es zu schlechten Produkten oder Dienstleistungen kommt.¹²

5. PROZESSABLÄUFE OPTIMIEREN - MITARBEITER EINBINDEN

Die Arbeit in einem Unternehmen beginnt stets mit einem Prozess – eine Reihe von Schritten die Mitarbeiter ausführen und auf verschiedenste Weise angewendet werden können. Jede Handlung oder die Summe von Handlungen, die in einem Unternehmen wiederholt ausgeführt werden ist ein Prozess. Und wie immer, wenn der Mensch mit im Spiel ist, funktionieren einige Prozesse und einige nicht. Die Aufgabe der Führung, unter anderen im mittleren Management, in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsbeauftragten ist, Prozesse die funktionieren zu überwachen und Prozesse die nicht funktionieren zu verbessern.

Ein Rapid Improvement Event (RIE) oder auch „schnelle Prozessverbesserung“ ist ein kurzer, intensiver Einsatz eines Teams von Mitarbeitern um Prozesse oder Dienstleistungen die nicht optimal ablaufen zu verbessern. Die Verbesserung dauert in der Regel drei bis fünf Tage. Die Mitarbeiter, die den Prozess unterstützen, sollten die Verbesserungen planen und auch umsetzen können. Diese Mitarbeiter sollten geschult sein den Prozesse auseinandernehmen und wieder so zusammensetzen können, dass sie effektiver funktionieren. Das Team wird in das TQM eingebunden, überprüft Prozesse und Dienstleistungen, finden Fehlerquellen, bringen Lösungsvorschläge und setzen diesen neu aufgesetzten Prozess in die Praxis um. Ein ganz wesentlicher Faktor ist, das

¹² Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S. 34-35

die Lösung vom Team erarbeitet wird, und dies eines der besten Motivationen in einem Unternehmen.¹³

5.1. TQM – TOTAL QUALITY MANAGEMENT SYSTEM

Total	Quality	Management
alle Mitarbeiter	Erfüllung der Kundenerwartungen	Zielsetzung durch die Unternehmensleitung
alle Abteilungen	fehlerfreie Dienstleistungen	Vorleben der Unternehmensleitung
alle Funktionen	richtig beim ersten mal	abgestimmtes vorgehen
alle Dienstleistungen	kontinuierliche Verbesserung	Initiative und Mitverantwortung aller Beschäftigten
alle Produkte		
die komplette Dienstleistungskette		

Abbildung 1: Segmente des Total Quality Management¹⁴

Das Total Quality Management System(TQM) ist ein unternehmensweites Bestreben, die Qualität zu verbessern. Total bedeutet hier, dass alle Unternehmensfunktionen (Konstruktion, Produktion; Marketing, usw.) sich auf die Definition und das Erfüllen der Kundenwünsche (die sich ständig ändern) konzentrieren. Es geht darum, die richtigen Dinge zur richtigen Zeit zu machen.

¹³ Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S265-266

¹⁴ Vgl. Klinik Management (2001), S. 151

5.2. GRUNDSÄTZE DES TQM

TQM erfordert die kontinuierliche Verpflichtung der Führungsebene zur Veränderung. Die Qualitätsverbesserung ist eine Angelegenheit des gesamten Unternehmens.

Zu den wesentlichen Prinzipien der TQM zählen;

- Verpflichtung der Führungsebene:

Qualitätsverbesserung muss zum Alltag werden. Bei Besprechungen muss immer Zeit sein für die Frage:“ Wie können wir den Prozess verbessern?“

- Mitarbeiterbefähigung:

Etwas direkt zu lösen, ist sehr viel schneller, als sich durch einen mühsamen Genehmigungsprozess zu schleppen. Werden Mitarbeiter befähigt, durch die Führung, Probleme die sie selbst lösen können, aufgreifen, analysieren, und bewerten, führt dies zu einer erhöhten Mitarbeiterzufriedenheit und Motivation. Wenn Mitarbeiter Probleme, die außerhalb ihrer Fähigkeiten liegen, an ihren Vorgesetzten weiterleiten, sollte es sich für den Mitarbeiter positiv auswirken.

- Schnelle Reaktion:

Die Unternehmensleitung sollte Verbesserungsvorschläge schnell prüfen. Jeder Tag, den eine Idee im Einkaufskorb liegt, ist ein weiterer mangelhafter Tag.

- Faktenbasierte Entscheidungsfindung:

Die Entscheidung zu einer Änderung eines Prozessablaufes muss auf Daten basieren

- Kundenorientierung:

Die Produkte und Dienstleistungen sollten stets an die sich veränderten Kundennachfrage angepasst werden. Was gestern ein optimales Merkmal war, kann heute eine Anforderung sein.

- Kontinuierliche Verbesserung:

Prozesse und Dienstleistungen sind nie gut genug. Das Unternehmen kann immer wieder Verbesserungen vornehmen, um die Dienstleistung oder das Produkt besser zu machen, die Kosten zu reduzieren oder die Effektivität eines Prozesses zu verbessern.

5.3. DIE VOR- UND NACHTEILE DES RAPID IMPROVEMENT EVENT (RIE)

Alle Prozessabläufe funktionieren am Anfang perfekt (so sollte es zumindest sein). Im Laufe der Zeit ändern sich Dinge, Dienstleistungen und Prozesse. Am Anfang wird ein einfacher Prozess immer komplexer und diese Komplexität kann sich zu ineffizient ausweiten. Eine Prozess-verbesserung zielt daher darauf ab, dieses „ZUVIEL“ oder „ZUWENIG“ in Prozessen zu erkennen und zu beseitigen, damit wieder effektiv „produziert“ werden kann.

Ausbildung der Mitarbeiter im Umgang mit Werkzeug und Methoden, um zu erkennen wo in einem Prozess Ressourcen verschwendet werden und wie dies behoben werden kann.
Wecken von neuen Erwartungen in die Prozessleistung

Motivation des TEAMS zum „schlanken“ Denken, nach einiger Zeit dulden Mitarbeiter weder schlechte Qualität noch schlechte Kommunikationswege oder schlechte Prozessleitung, sprich Dienstleistungen am Patienten.

Eine schnelle Prozessverbesserung bietet dem Unternehmen sofortigen Nutzen, allerdings gibt es zu den Vorteilen auch Nachteile dieses Systems.

5.4. VORTEILE DES RIE

Es gibt einige ganz offenkundige Vorteile der schnellen Prozessverbesserung, wenn man sie als Bestandteil des Qualitätsprozesses betrachtet wird.

Kosteneinsparung;

- Schnellere Prozessleistung
- Verbesserte Qualität durch geringere Fehlerquote
- Mitarbeitermotivation durch Lösungen vom TEAM
- Günstige Ausführung (kaum Papierkram,...)

5.5. DIE NACHTEILE

Auch Nachteile eines Verbesserungssystems sollten besprochen werden;

Bei den meisten Änderungen von Prozessen ist die gesamte Organisation, Abteilung betroffen

Der Prozess der bearbeitet werden soll, sollte eine Woche aus dem Programm genommen werden.

Die Mitarbeiter müssen sorgfältig über das Vorhaben informiert werden, ansonsten könnte der Verbesserungsprozess die Erwartungen nicht erfüllen.

5.6. DAS OPFER

Es ist besonders wichtig, den richtigen Prozess auszuwählen. Die erste Durchführung ist den Prozess oder die Dienstleistung genau zu analysieren. Die Person die für die Prozessverbesserung verantwortlich ist, muss sich auf den störendsten Aspekt des Prozesses oder der Dienstleistung konzentrieren. Hilfreich ist es, wenn sich die Prozessmitarbeiter freiwillig in die Überarbeitung einklinken.

5.7. DIE PROBLEMATIK ERKENNEN

Wenn ein problematischer Prozess innerhalb des Unternehmens ausgewählt wird, sollte man einige Kriterien mit einbeziehen; Die Dienstleistung ist ein Engpass und verzögert oder behindert andere Arbeiten. Die Dienstleistung bringt schlechte oder unzureichende Ergebnisse.

- Dienstleistungen, die laut Mitarbeiter nicht „rund“ laufen.
- Dienstleistungen, wo sich Material türmt, das nachgearbeitet werden muss.
- Dienstleistungen, die den Kundenerwartungen nicht entsprechen.

Die Auswahl zur Verbesserung eines Prozesses oder einer Dienstleistung muss für alle leicht verständlich und nachvollziehbar sein.

Die Dienstleistung und der Prozessablauf muss als Ganzes gesehen werden. Also vom Zeitpunkt des Beginns bis zum Abschluss. Das Qualitätsmanagement Team muss mit den

eingeteilten Mitarbeitern jenen Teil der Dienstleistung genau analysieren, der am schlechtesten funktioniert.

Das Befragen der Mitarbeiter die mit dem Prozess arbeiten, ist eines der wichtigsten Schritte der Verbesserung.

5.8. DAS VERBESSERUNGSTEAM

Das Verbesserungsteam ist mit einer Mannschaft im Sport zu vergleichen. Begeisterung des Teams, ein erfahrener Leiter und Unterstützung von der Führungsebene ist für einen Erfolg enorm wichtig.

Ein typisches Verbesserungsteam besteht aus maximal acht Mitarbeitern. Sobald mehr Personen in die Verbesserung eines Prozesses mit eingebunden sind entsteht grundsätzlich Chaos. Mindestens die Hälfte der Mitarbeiter sollte aus dem Bereich der zu verbessernden Dienstleistung kommen.

5.9. MITARBEITER SIND DAS HERZ UND DER MOTOR DER VERBESSERUNG

Der Kern des Verbesserungsteams muss aus Mitarbeitern bestehen, die normalerweise die Dienstleistung ausführen (siehe Projekteinteilung im Anhang).

Daneben gehören Mitarbeiter in das Team die dieses Projekt unterstützen. Diese Mitarbeiter wissen, durch meist jahrelange Erfahrung, was in einer bestimmten Situation zu tun ist oder wie die Dienstleistung oder Prozess besser und effizienter ablaufen könnte.

Die Mitarbeiter die ausgewählt werden, sollten für den RIE Prozess freigestellt werden.

Wichtig ist es auch Mitarbeiter anderer Schnittstellen mit einzubinden (z.B. Apotheke, Zentralmagazin, um nur einige zu nennen).

6. ANDERE VERBESSERUNGSMETHODEN FÜR PROZESSABLÄUFE MIT TEAMMOTIVATION

Nach der durchgeführten Literaturrecherche gibt es eine große Vielzahl an Verbesserungssystemen oder Vorschlägen für eine Optimierung von Prozessen.

Eingegangen werden in der Verbesserung von Prozessabläufen, sowie Team motivierend, das Modell Herzberg als auch das für das Landeskrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee entwickelte „Gute Ideen Programm“, das im gesamten Bereich LKH implementiert ist.

6.1. GUTE IDEEN PROGRAMM - LKH KLAGENFURT

Das Landeskrankenhaus Klagenfurt ist in der Internationalen Norm (ISO 9001:2000) zertifiziert.

Diese Norm verlangt von der Organisation die Einführung eines Verbesserungssystems, das sich durch;

- Qualitätspolitik
- Qualitätszielen
- Auditergebnissen
- Korrekturmaßnahmen
- Vorbeugemaßnahmen

sich ständig verbessern.

Weitere Aufgabe eines Verbesserungssystems ist, das Qualitätsmanagement zum „Leben zu erwecken“.

Ziel ist es Mitarbeiter zu motivieren aktiv an Verbesserungen von Prozessabläufen zu arbeiten.

Die Vorteile des GIP neu ist die Übersicht aller innerbetrieblichen Vorschläge, auf einem Blick, standardisiert und dokumentiert im Sinne des Qualitätsmanagement zu haben.

Im Bereich der Führung ist man aufgrund der ISO verpflichtet die Verbesserungen zu analysieren, zu bewerten und dem Mitarbeiter Feedback über seinen Vorschlag zu geben. Können Verbesserungen jedoch nicht realisiert oder umgesetzt werden, wird dies begründet.

6.2. WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER „GUTEN IDEE“?

Eine „Gute Idee“ sind alle Vorschläge von Mitarbeitern, die dazu beitragen Fehler zu vermeiden und/oder deren Ursache zu beseitigen um einen sicheren und reibungslosen Prozessablauf zu gewährleisten.

Gute Ideen können sich auf

- Verbesserungs-
- Vorbeuge- und
- Korrekturmaßnahmen beziehen.

6.3. VERBESSERUNGSMABNAHMEN

Dies sind alle Vorschläge zur Verbesserung von Prozessen, Tätigkeiten, Produkten und Dienstleistungen zur Verbesserung und Vereinfachung von Abläufen. Eine gezielte Mitarbeiterschulung und die Dokumentation darf hierbei nicht fehlen.

6.4. VORBEUGEMAßNAHMEN

Darunter versteht man die Beseitigung der Ursachen von möglichen Fehlern. Ziel ist es erstmaliges Auftreten von Fehlern zu verhindern.

6.5. KORREKTURMAßNAHMEN

Ist die Beseitigung der Ursachen von erkannten Fehlern. Ein erstmaliges Auftreten von Fehlern kann verhindert werden.¹⁵

¹⁵ Intranet LKH Klagenfurt, Mag. Thaler. www.lkh-klu.at

7. PROZESSABLAUF SOLL ANALYSE IM STAT. BEREICH

Der RIE Leiter und der Prozessverantwortliche beginnen mit den Vorbereitungen, indem eine Wertstromanalyse erstellt wird, um den Weg der Dienstleistung während eines Prozessablaufes aufzuzeichnen. Jeder Kasten im Schaubild sollte einen Arbeitsplatz darstellen der zu dem Wert der Dienstleistung beiträgt. Anhand dieses Schaubildes kann man nachstehend angeführte Funktionen ausführen;

Abteilung und Stationen besuchen und eine Sollanalyse erheben (Material, Durchführung, Dokumentation,...)

Achtung auf Materialberge in Sollprozessbereichen

Einige „Vorher“ Daten sammeln um diese mit „Nachher“ Daten vergleichen zu können.

7.1. AUSWAHL DER MITARBEITER FÜR EINE PROZESS/ABLAUF VERBESSERUNG

Ein Verbesserungsteam kann mit einer Mannschaft im Sport verglichen werden. Es werden begeisterte Mitarbeiter, ein erfahrener Leiter und ein gutes Management benötigt um die gewünschten Prozessverbesserungen zu erhalten. Wenn diese Zusammensetzung gelingt, werden sich die Erfolge einstellen.

Ein typisches Team besteht aus sechs bis acht Personen

Es sollte die Hälfte der Personen aus dem Prozessschritt kommen. Eine Person sollte aus dem davor geschalteten Prozessablauf und eine aus dem nachgehaltenen Prozessablauf stammen. Wenn der Verbesserungsablauf voranschreitet, können auch kurzfristig Teammitglieder eingebunden werden.¹⁶

In den zu verbessernden Prozessablauf werden eingebunden;

- Medizin – Ärzte
- Pflege –Dipl. Gesundheits-und Krankenschwester/Pfl.
- Hygienefachkraft
- Gesundheits-und Krankenpflegeschule – Lehrschwester
- Stationsleitung – Abt. für Dermatologie (B/D)

¹⁶ vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S 269

- Teammitglieder

7.2. AUCH FÜHRUNGSKRÄFTE SPIELEN EINE WICHTIGE ROLLE

Prozessmanager oder Personen im Qualitätsmanagement müssen auch eine Rolle während einer RIE-Maßnahme übernehmen.

Änderungen, die vom Team empfohlen werden, sollten implementiert, analysiert und besprochen werden

Unternehmenseigene Interessen müssen berücksichtigt, mit einbezogen werden, grundsätzlich sollen aber auch „nicht praktikable“ Verbesserungen versucht werden

Eine sehr wichtige Funktion der Führungsposition ist, dass die durchgeführten Verbesserungen auch dann noch erhalten bleiben, wenn die Arbeit der Verbesserungsteams schon lange beschlossen ist.¹⁷

7.3. KOSTENOPTIMIERUNG

Die Materialwirtschaft wird größtenteils des aus dem Stationsbereich entfernt, was jedoch denn positiven Effekt hat, dass

nur die Menge an Verbandsmaterialien bestellt wird, die man benötigt

Das einzige Material, das sich im Arbeitsbereich (Station) befinden sollte ist, das der Mitarbeiter sofort benötigt.

Die Führungskraft ist daher bei der Bestellung und Überprüfung von diesen Bestelllisten äußerst gefordert.

Sehr viele Mitarbeiter konzentrieren ihre Sammlerleidenschaft darauf, möglichst viel aus Prozessen herauszuholen und keine untätigen Mitarbeiter zu haben.

Merkwürdigerweise geht auch denen das Material aus, die sehr viel Geld und einen äußerst großen Puffer angelegt haben.

Hinter großen Puffern verbergen sich Probleme, die eine große Organisation meist ignoriert, aber mit denen man sich beschäftigen sollte. Die Materialwirtschaft deckt

¹⁷ Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S 271

nachlässige Planung und Materialprobleme auf. Solche Probleme spiegeln sich in Prozessabläufen wieder und müssen unbedingt überprüft und hinterfragt werden.¹⁸

7.4. SCHNITTSTELLENMANAGEMENT

Schnittstellen sind entstehende Transferpunkte zwischen Funktionsbereichen, Sparten, Projekten, Personen oder Unternehmen. Schnittstellenmanagement versucht die durch Schnittstellen herbeigeführten Trennungen in der gemeinsamen Zielverfolgung zu überwinden.

Zur Erbringung von Leistungen ist die Zusammenarbeit mit verschiedensten Personen und Berufsgruppen notwendig und unumgänglich, diese Zusammenarbeit ergeben Schnittstellen zu anderen Kompetenz- und Verantwortungsbereichen.

Ein gutes Schnittstellenmanagement setzt die Kenntnisse der jeweiligen Kompetenz- bzw. Verantwortungsbereiche voraus.¹⁹

8. FÜHRUNG DER PROZESSOPTIMIERUNG

Nach der Überarbeitung von den Leitlinien (Pflege) der Abteilung durch nachstehend angeführte Personengruppen tritt die Prozessoptimierung in Kraft.

8.1. AUCH DER PAPIERKRIEG KOMMT NICHT ZU KURZ

Bevor eine RIE Maßnahme beginnt, müssen die Projektauflagen geklärt werden.

Im Bereich der Optimierung in einem multidisziplinären Team

- Medizin
- Pflege (Abteilungsleitung und Teammitglieder der Stationen)
- Hygienefachkraft LKH Klagenfurt
- Lehrer von Gesundheits- und Krankenpflegeschule Klagenfurt
- Qualitätsmanagement LKH Klagenfurt

¹⁸ Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S 287

¹⁹ Vgl. Gegenwart und Perspektive der Pflege, Weidenauer (2000) S. 101

wird der Prozessauftrag im Anhang beigefügt.

8.2. EINSETZEN DES RAPID IMPROVEMENT EVENT IM STATIONSBEREICH

Nachdem die Abteilungsleitung (Pflege und Medizin) die überarbeiteten Leitlinien freigegeben hat, kann der Implementierungsprozess beginnen.

8.2.1. ERSTER TAG – RIE

Es ist sehr wichtig, das RIE Team richtig in den Ablauf zu schulen bzw. zu informieren. Die einzelnen Mitarbeiter wissen viel über die Prozessbereiche, aber auch Zusammenhänge und Prozesssteuerung müssen bedacht werden. Mitarbeiter des RIE Teams müssen sich bewusst sein in den nächsten Tagen Chef, Konstrukteur und Vermittler in einer Rolle zu sein. Es ist wichtig, dass die Teammitglieder herkömmliches Wissen in Frage stellen und ihre Meinungen vertreten. Während die Diskussion über die Implementierung der neuen Leitlinien voranschreitet, muss das Team beginnen eine Liste der Prozessverbesserung zu erstellen (Material, Verbandstechnik, ...).

8.2.2. ZWEITER TAG

Der erste Tag sollte kurz wiederholt werden und erstellte Listen sind eventuell zu aktualisieren.

Hinzu kommen;

- Wertstromanalyse (Neuerungen anführen)
- Prozessprobleme
- Verschwendungspotentiale
- Mögliche Bereiche fehlersicher zu machen

8.2.3. DRITTER TAG

Nun können die alten Leitlinien abgeschlossen werden. Die Merkmale kundenrelevante Qualitätskriterien können nun vom Team verbessert oder geschützt werden.

Auf der Grundlage der Vorschläge erstellt das Team eine Zukunftsvision in Form einer Wunsch-Wertstromanalyse. Der neue Prozess oder Leitlinie sollte den Arbeitsfluss vereinfachen, prozesssicher gestalten und ev. Kosten minimieren. Änderungen im Arbeitsbereich sollten sich darauf konzentrieren etwas Bestimmtes zu erreichen (Vermeidung von Verschwendung, lange Wegstrecken, Einheitlichkeit erreichen und so weiter).

Wenn Teammitglieder mit unterschiedlichen Ideen zum Umbau eines Prozesses kommen, sollte man diese einfach ausprobieren.

8.2.4. VIERTER TAG

Am vierten Tage sollte man herausfinden ob der umstrukturierte Prozess funktioniert.

Es hat auch alles seine Schattenseiten. Die Prozessabläufe der neu gestalteten Leitlinien sollten kritisch hinterfragt werden. Es sollten die neuen Leitlinien praktisch angewendet werden. Einen neuen oder veränderten Prozess zu installieren, ist ein unnötiges Risiko, da er mehr gutes als schlechtes tun kann. Einteilung um einen verbesserten Prozess zu testen Beenden des Aufbaues und den veränderten Prozess kurz laufen lassen

Führen einer Teambesprechung, in der es um mögliche Änderungen geht, um den Prozess weiter zu optimieren. Gründe und Änderungen müssen dokumentiert werden
Ausführen des Prozesses für eine längere Zeit.

Führen einer Teambesprechung, in der es um mögliche Änderungen geht um den Prozess zu verbessern. Hinzuziehen der Hygienefachkraft, Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflegeschule, Abteilungsleitung und Qualitätsbeauftragte. Dieser Prozess kann über mehrere Tage laufen.

Wenn das Team der Meinung ist den Prozess zu belassen, den Prozessablauf längere Zeit in einem „Probelauf“ starten. Die Ergebnisse müssen dokumentiert werden

8.2.5. DER FÜNFTE TAG

Am letzten Tag der RIE Maßnahme muss das Team folgende Dinge erledigen;

- Die Nachher- Dokumentation festlegen
- Präsentation für die Führung (Abteilungsleitung) erstellen
- Präsentation vorstellen

Der Leiter des RIE Teams muss sicherstellen, dass die gesamte Dokumentation sich am neuesten Stand der „Dinge“ befindet. Bei der Präsentation sollten die Prozessverantwortlichen und Mitarbeiter der Qualitätssicherung teilnehmen.²⁰

Der Bericht sieht vor;

- Projektstatus
- Weg der gegangenen Lösungen
- RIE Scorecard (Vorher/Nachher)
- Offene Fragen

9. LÖSUNGEN UND PROZESSVERBESSERUNGEN KOMMEN VOM TEAM – MOTIVATION?

Das RIE System ist in der Lage Mitarbeiter die in die Erstellung von Verbesserungsvorschlägen eingebettet sind sehr motiviert und engagierte Arbeit leisten. Ein Prozess oder die Durchführung einer Leitlinie ist unter der Miteinbeziehung der Mitarbeiter im Team wesentlich leichter umsetzbar, als fertig vorstrukturierte Prozessabläufe umzusetzen.

9.1. AUSWERTUNG: WAS HAT ODER KANN SICH NACH RIE VERÄNDERN?

Menschen sind grundsätzlich „Gewohnheitstiere“ und kehren immer wieder in den gewohnten Rhythmus des Arbeitswesens zurück. Der nächste Test über eine erfolgreiche Implementierung der neuen Leitlinien und deren Durchführung muss nach wenigstens zwei Wochen wiederholt werden. In den meisten Fällen verändern sich alle Faktoren an den überarbeiteten Prozessen leicht. In einigen Fällen müssen Ideen die sich zunächst

²⁰ Vgl. Qualitätssicherung f. D. (2008), S274-284

toll angehört haben, etwas verändert werden, um sie an nicht bedachte Situationen anzupassen.

10. RESÜME

10.1. POSITIV

Die Abschlussarbeit war für mich ein sehr großer Gewinn. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eröffnete mir neue Sichtweisen, um auch Probleme und organisatorische Unterschiede leichter verstehen und dementsprechend handeln zu können.

Ausgezeichnete Unterstützung erhielt ich von der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Klagenfurt sowie vom Hygieneteam Landeskrankenhaus Klagenfurt die mir für eine Befragung die Mitarbeit sofort zusicherten.

Es wurden die Leitlinien für die Verbandstechniken der Dermatologie optimiert, somit wird derzeit „state of the art“ gearbeitet. Eine Erhaltung, das heißt eine kontinuierliche Überarbeitung ist jedoch erforderlich und laut ISO Zertifizierung gefordert.

Die ausgewählten Mitarbeiter haben ihre Arbeit bei der Prozessevaluierung sehr ernst genommen. Ich hoffe natürlich auch dem TEAM der Dermatologie Sicherheit für das interne Audit (ISO) im Feber 2010 gegeben zu haben.

Ich bin überzeugt, dass das TEAM der Dermatologie Landeskrankenhaus Klagenfurt hervorragende Arbeit leistet. Wir bekommen dies auch immer wieder in der Kennzahl Patientenzufriedenheit bestätigt. Wir sind stolz auf diese Ergebnisse und werden dies bei der Überprüfung präsentieren.

10.2. NEGATIV

Meine gesetzte Zielvorgabe mit einer Kostenreduktion im Bereich Verbandsmaterialien abzuschließen konnte ich in diesem mir vorgegebenen Zeitraum nicht erreichen und wird von mir noch bearbeitet und weiter verfolgt.

11. ANHANG

11.1. ABSTRACT

In dieser Arbeit bearbeite ich das Thema:

„Qualitätssicherung – wie kann man Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement einbinden um Prozesse zu verbessern“ Aufgrund der geleisteten Vorarbeit wurde die Dermatologie des Landeskrankenhauses Klagenfurt/See im Jahr 2008 durch die ISO 9001:2000 zertifiziert.

Da ich die Rolle des Qualitätsbeauftragten vor zwei Jahren übernommen habe, möchte ich mich in diesem Bereich vertiefen. Es wurden dabei sehr viele Prozessabläufe abgebildet und überarbeitet. Kriterien wie Kundenzufriedenheit und Qualitätserwartung wurden eingearbeitet.

Da eine kontinuierliche Überprüfung und eine kritische Ansicht auf die gegebenen Prozesse zur Verbesserung unabdingbar sind, finde ich es sehr wichtig, dass nicht nur Führungskräfte und Qualitäts-Management die Verbesserung durchführen, sondern auch die Mitarbeiter mit einbezogen werden. Die Einbindung hilft die Motivation zu steigern, Fehler werden erhoben und Lösungen vom Team gebracht. Solch eine Prozessoptimierung verbessert die Mitarbeiterzufriedenheit wie auch die Kundenzufriedenheit.

Mein Projekt besteht darin zwischen den Stationsbereichen die Pflegetherapie zu optimieren und zu vereinheitlichen, sodass man von einer einheitlichen Pflegetherapie-Qualität ausgehen kann. Die Durchführung möchte ich mit einer Soll Analyse beginnen. Eine Verbesserung wird nach einem Rapid Improvement Event (RIE) sowie eines Teambuildingstages durchgeführt und von mir anschließend ausgewertet.

Unterstützung und Projektfreigabe wurde mir durch Prim. Dr. Pachinger und OSr. Kleiner Hermine zugesagt.

Die Einbindung des QM-LKH Klagenfurt wird von mir angestrebt.

11.2. PROJEKTAUFTRAG

Projektauftrag			
Projektname:	FÜuQS; Führung und Qualitätssicherung miteinander verbinden		
Betrieb:	LKH Klagenfurt	Projektart:	
Gesamtprojekt:		Projektstatus:	offen
Ausgangssituation und Aufgabenstellung:			
Überarbeitung der Leitlinien für Verbands- und Behandlungstherapie			
Ziel:			
Optimierung der Behandlungstherapie durch eine vorgegebene Leitlinie im Bereich Dermatologie LKH Klagenfurt zu einer Verbesserung der Qualitätssicherung im Prozessablauf			
Erwarteter Nutzen:			
<p>Durch eine Optimierung der Behandlungstherapie wird eine Qualitätssicherung gewährleistet, messbar gemacht und analysiert. Eine Kosteneinsparung durch die die Bestellung von einheitlichen Verbands- und Therapiematerial in allen Bereichen der Dermatologie / LKH Klagenfurt könnte erreicht werden.</p> <p>Eine Qualitätsverbesserung im Sinne stationsübergreifenden Maßnahmen würde eine erhöhte Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit gewährleisten</p>			
Projektbeschreibung:			
<p>Überprüfung und Adaptierung der vorhandenen Leitlinien, durch Hygienefachkraft, Lehrer an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule, Qualitätsmanagement LKH Klagenfurt und Teammitglieder der Abteilung zur Prozess- und Qualitätsverbesserung.</p>			

Kritische Erfolgsfaktoren:			
Förderung der multidisziplinären Zusammenarbeit			
Termine:			
Projektstart (Ereignis):	01.07.2009	Termin:	01.07.2009
Projektende (Ereignis):	01.02.2010	Termin:	offen
Meilenstein / Ecktermin (Ereignis):	Termin:	Meilenstein / Ecktermin (Ereignis):	Termin:
A) Übergabe der Leitlinien der Hygienefachkraft LKH Klagenfurt zur Durchsicht	01.09.2009	abgeschlossen	07.10.2009
B) Übergabe der Leitlinien zur Behandlungspflege der betreuenden DGKS der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Klagenfurt	09.11.2009	abgeschlossen	04.12.2009
C) Übergabe der Leitlinien den Qualitätsbeauftragten (Medizin) der Dermatologie LKH Klagenfurt	07.12.2009	abgeschlossen	18.12.2009
D) Übergabe der Leitlinien an die Stationsleitungen der Dermatologie LKH Klagenfurt	21.12.2009	abgeschlossen	21.12.2009
E) Überprüfung auf praktisch bezogenen Durchführung der Leitlinien mit Mitarbeiter der Stationen 07/01, 07/02, 07/03	21.12.2009	offen	01.02.2010
Kostenbedarf (ATS oder EUR):		Ressourcenbedarf (Personentage):	
keine		keine	
Projektorganisation:			
Rolle:	Name:	Bemerkung:	
Projektleitung	Prim. Dr. Pachinger		
Kernteammitglied	OSr. Kleiner		
Kernteammitglied	DGKS Radif		
Kernteammitglied	DGKS Ohler		

Kernteammitglied	DGKP Lackner	
------------------	--------------	--

11.3. LEITLINIEN (ÜBERARBEITET UND IM ANEIS ADAPTIERT)

Die neu erstellten Leitlinien wurden am 14.01.2010 als gelenkte Dokumente im Qualitätsmanagementsystem von dem Qualitätsbeauftragten der Dermatologie (Lackner Günther) eingepflegt und von Fr. OSr Kleiner und Hrn. Prim. Dr. Pachinger freigegeben.

- Gazeverband
- Cignolintherapie
- Feuchte Wundbehandlung
- Hand- / Fußbad
- Kompressionsverband
- Ölhaubenverband
- Verbandsabnahme
- Verbandwechsel bei Brandwunden

11.4. LITERATURVERZEICHNIS

- Gegenwart und Perspektive der Pflege, Weidenauer (2000)
- Klinik Management, Leitung – Führung.- Marketing, Autorin: Skrzypek-Rother, 2001, FH-Bielefeld
- Kundenorientierte Prozessverbesserung, Konzepte und Fallstudien, Werner Jammerneg, Peter Kischka, Verlag Springer Berlin 2001
- ÖNORM EN ISO 9001:2000, Anforderungen, Ausgabe 17.12.2000
- PQM, Prozessorientiertes Qualitätsmanagement, Leitfaden zur Umsetzung der neuen ISO 9001, 4. Auflage Hanser 2008
- Qualitätssicherung für Dummys, Wiley-VCH Verlag GmbH&Co Weinheim, 1. Auflage 2008

11.5. INTERNETVERZEICHNIS

- <http://www.on-norm.at> 13.01.2010
- <http://www.q-m-a.de> 13.01.2010
- <http://lkh-klu.at> (Intranet LKH Klagenfurt – Gute Ideen Program, Fr. Mag. Thaler, 13.01.201)

11.6. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Klinik Management, Segmente des Total Management (2001), Seite 151