

QEP® - VISITATIONSBERICHT

Institutsambulanz ZAP GmbH
Forsthausweg 1 32105 Bad Salzufflen

Datum der Visitation 10.10.2008
Visitor Frau Dr. Schumann

Zertifizierungsstelle QMS Cert GmbH

Telefon 0541-2028545
Fax 0541-430070
eMail info@qmscert.de; klostermann@qmscert.de
WWW keine

Nur für den internen Gebrauch - Kopie und Vervielfältigung nur mit Zustimmung der Praxisleitung.

VORWORT

Die Praxis hat am QEP-Zertifizierungsverfahren teilgenommen. Am 10.10.2008 wurde die Praxisvisitation durchgeführt.

Wir danken der Praxis für das uns entgegengebrachte Vertrauen und die Offenheit, mit der uns begegnet wurde. Wir hoffen, dass der vorliegende Visitationsbericht wichtige Impulse für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beinhaltet und wünschen dem Praxisteam für die weiteren Schritte viel Erfolg.

Der vorliegende Visitationsbericht ist von der Visitorin erstellt und von der QEP-Zertifizierungsstelle geprüft und freigegeben worden

Northeim, 12.10. 2008

Name des Berichterstellers (Visitor)

Dr. Claudia Schumann

INHALTE DES VISITATIONSBERICHTES

1. Allgemeine Benennung der Stärken und Verbesserungspotentiale des praxisinternen QM-Systems
2. Hinweise/Kommentare des Visitors
3. Nicht erfüllte Nachweise/Indikatoren
4. Nachweise/Indikatoren für die Nacharbeit
5. Empfehlung des Visitors

1. Allgemeine Benennung der Stärken und Verbesserungspotentiale

Stärken:

Es wurde merkbar viel Zeit und Energie in die QEP-Einführung gesteckt. Besonders hervorzuheben sind die ausführlichen Leitfäden für die AusbildungskollegInnen und die Supervisoren. Das Leitungsteam bewertet die QM-Einführung als eine notwendige und inhaltlich äußerst sinnvolle Aktivität und gibt der QMK intensive Unterstützung - das ist in diesem Ausmaß nicht alltäglich, und die QMK hat diese Chance sehr gut umgesetzt. . Trotz der Komplexität der Ambulanz-Struktur ist es gelungen, die QM-Idee im Gesamt-Team zu implementieren.

Verbesserungspotentiale:

Trotz der Individualität und Komplexität der psychotherapeutischen Arbeit sollten mehr interne Behandlungspfade erarbeitet werden. Das Handbuch, das derzeit aus 3 Ordnern besteht, könnte in einem nächsten Schritt gestrafft und zentriert und so auch noch besser nutzbar werden. Die Kompetenz und das Engagement der AusbildungskandidatInnen könnte noch mehr als bislang für den QM-Prozess genutzt werden.

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.1.1. (1)	1	Das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote der Praxis sind schriftlich dargelegt.	Praxisflyer; besonders gut die ausführliche Kurzbeschreibung über das Ambulanz-Angebot, das Ziel der kurzfristigen Behandlungsaufnahme und den Anspruch, dass das Anliegen der Pat. immer wichtiger ist als die jeweiligen Ausbildungsbelange der Behandler.
1.1.3. (1)	1	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung, die sicherstellt, dass Patienten entsprechend der Dringlichkeit Ihres Versorgungsbedarfs einen Termin erhalten bzw. qualifiziert weiter verwiesen werden.	Ein Dringlichkeits-Screening ist beschrieben - eine Dringlichkeits-Checkliste sollte noch erstellt werden.
1.1.4. (1)	1	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung zum Umgang mit telefonischen Anfragen von Patienten.	Ausführliche Regelung + ein Fragebogen für den tel. Erstkontakt liegen vor zur Verteilung der Anfragen an Therapeutinnen
1.7.1. (1)	1	Es gibt eine Checkliste mit Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten.	Die Checkliste sollte laut Handbuch individuell von jedem Therapeuten bearbeitet werden - das muss noch intensiver umgesetzt werden
1.7.2. (1)	1	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung wie sichergestellt wird, dass die Notfallausstattung für die in der Praxis durchgeführten Leistungen angemessen, vollständig und funktionsfähig vorhanden ist.	Es gibt einen Verbandskasten, das Verbandbuch muss noch angeschafft werden. Da in der Ambulanz in Bielefeld ausschließlich psycholog. Psychotherapeutinnen arbeiten, ist eine Notfallausstattung im weiteren Sinn dort nicht erforderlich. In der Ambulanz in Salzuflen ist klinikintern eine Notfallausstattung gewährleistet.
2.1.1. (1)	1	Es gibt eine Interne Regelung, wie Patienten über Ziele, Notwendigkeit, Nutzen und Risiken sowie ggf. über Alternativen von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen aufgeklärt werden.	Ausführliche schriftliche Informationen liegen vor über Ablauf der Therapie incl. möglicher problematischer Situationen
2.1.4. (1)	1	Es gibt eine Interne Regelung mit für die Praxen relevanten Maßnahmen, die der Patientensicherheit dienen.	siehe IR 1.2.3(2) und 1.3.3(3).Hier wird auf die "seelische" Sicherheit der Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung eingegangen. Die körperliche Sicherheit wird allerdings nicht angesprochen: Die Kontrolle der jeweiligen räumlichen Gegebenheiten sollte expressis verbis benannt werden (z.B. müssen die Steckdosen kindersicher gestaltet werden!)

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
2.1.4. (2)	1	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung zum Risiko-Management, um unerwünschte, vermeidbare Ereignisse zu verhindern bzw. Fehler zu vermeiden.	siehe auch 5.1.4: Ausführliche Regelung zum organisat. und inhaltlichen Fehlermanagement.
3.1.3. (1)	1	Die Praxisleitung hat Kriterien zur Mitarbeiterauswahl zusammengestellt und wendet diese im Rahmen des Personalauswahlverfahrens an.	Es gibt ein gut ausgearbeitetes Auswahlverfahren für die Ausbildungs-Kollegen; Anregung: schriftliche Dokumentation der Kriterien.
3.1.4. (1)	1	Es gibt eine Interne Regelung zur Durchführung der Teambesprechungen.	Es gibt geregelte Besprechungen in unterschiedlichen Gruppierungen - für die Zukunft soll das intensiviert werden, z.B. Leitungsteam + Mitarbeiter + Ausbildungskollegen
3.1.4. (2)	2	Die Kenntnisnahme von schriftlichen Informationen wird durch Unterschrift (Handzeichen) bestätigt.	Die aktuellen Infos werden per mail versandt, kein Vorgehen für die Kenntnisnahme bislang; die ausgiebige Info-Mappe für die AusbildungskollegInnen und die Supervisoren wird gegengezeichnet.
3.2.2. (1)	1	Der Fortbildungsbedarf wird regelmäßig und bei Bedarf ermittelt und ein schriftlicher Fortbildungsplan aufgestellt.	Es wird auf die Fortbildung der Mitarbeiterinnen eingegangen. Anregung: Auch die Fortbildung des Leitungsteams sollte unter diesem Punkt erfasst werden, gemeint ist das gesamte Praxis-Team.
4.1.1. (1)	1	Die Praxis verfügt über ein schriftlich formuliertes Leitbild.	Sehr ausführlich ausgearbeitet!
4.1.1. (1)	4	Die Mitarbeiter werden in die Entwicklung des Leitbildes einbezogen, kennen es und vertreten es nach außen.	Eine Umfrage unter den AusbildungskollegInnen fand statt + wird derzeit ausgewertet
4.1.3. (2)	5	Es gibt eine Interne Regelung, wie das Datenschutzgesetz umgesetzt wird.	Bei der Datenmenge, der Vielzahl der Behandler, die jeweils mit Daten umgehen und der Bedeutung des Datenschutzes (Austausch zwischen AusbildungskollegInnen, SupervisorInnen, Lehrpraxis, Leitungsteam) ist es sinnvoll eine Datenschutzbeauftragte zu benennen, die bei einer Praxis ab 9 Mitarbeitern verpflichtend ist.
4.3.1. (9)	6	Die Feuerlöscher, der Ausgang und die Fluchtwege der Praxis sind ausreichend beschildert.	Feuerlöscher ausreichend - Beschilderung der Fluchtwege in Bielefeld muss überprüft werden

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
5.1.2. (1)	1	Es gibt einen schriftlichen Zeit- und Aktivitätenplan für den Aufbau, die Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems.	Äußerst ausführlicher Plan liegt vor. mit Kurzzeit- und Langzeit-Zielen.
5.1.4. (1)	1	Es gibt eine Interne Regelung, um die Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung, organisatorische und mitarbeiterbezogene Abläufe systematisch zu erfassen und zu analysieren.	Geplant ist eine (aufwändige) Erfassung, wie der Ausbildungsauftrag des Instituts umgesetzt wird. (Allerdings gehört die Ausbildung selbst nicht zum Inhalt dieser QM-Überprüfung!) Die KV-Abrechnung wird regelmäßig auf typische Fehler überprüft. Es gibt einen jährlichen Bericht zum Fehler- und Beschwerdemanagement.
5.1.4. (2)	1	Die Patienten werden befragt.	Die Patienten werden regelmäßig am Ende der Therapie befragt; allerdings gibt es noch keine anonyme Patientenbefragung und keine Auswertung des Ergebnisses der Befragungen.
5.1.6. (1)	2	Im QM-Praxishandbuch sind mindestens die Internen Regelungen und Dokumente abgelegt, die in den Nachweisen des QEP-Kataloges schriftlich gefordert werden.	Zuweiser-Befragung fehlt noch
5.1.6. (2)	1	Der Aufbau der Internen Regelungen und weiteren Dokumenten ist festgelegt.	ACHTUNG: Bei den sehr gut verständlichen Kurzfassungen fehlen durchgängig die Fußzeilen - d.h. es ist nicht ersichtlich, wer sie wann verfasst bzw. freigegeben hat.

3. Nicht erfüllte Nachweise/Indikatoren

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.3.4. (1)	1	Für mind. 5 in der Praxis häufig auftretende oder schwere Erkrankungen/ Beschwerdebilder sind Behandlungspfade mit Ablaufbeschreibungen dokumentiert.	Flowchart für die Behandlung von Depressionen und bei Suizidalität; außerdem für den allgemeinen Therapieablauf in der Institutsambulanz Weitere Ablaufbeschreibungen - z.B. Behandlung von Kindern, in unterschiedlichen Stadien der Psychotherapie - sind angedacht
5.1.4. (2)	2	Die Kooperationspartner / Zuweiser werden befragt.	Die Befragung der Zuweiser fehlt noch.

4. Nachweise/Indikatoren für die Nacharbeit

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
----------	-----	--------------------	--------------------------------

kein Eintrag vorhanden

5. Zertifizierungsempfehlung des Visitors

Die Praxis hat 170 der 172 anwendbaren Nachweise erfüllt. Die Vergabe des QEP-Zertifikates wird empfohlen.

gezeichnet: Frau Dr. Schumann, 27.10.2008