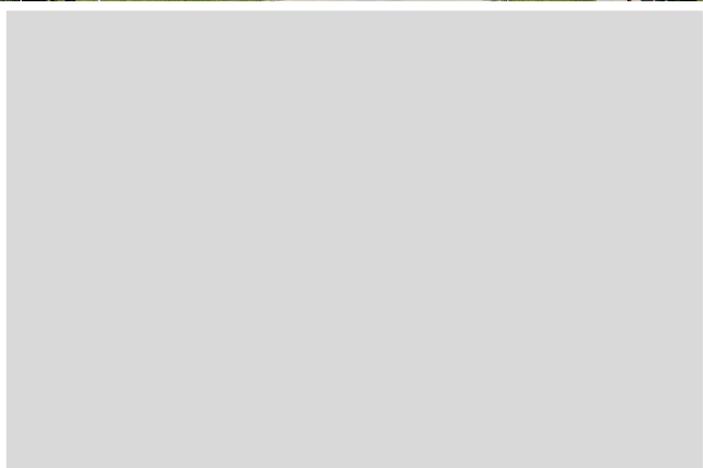
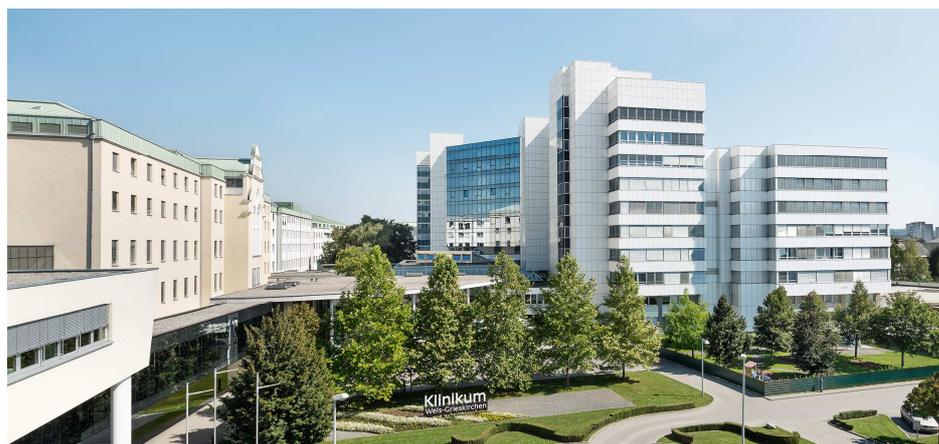
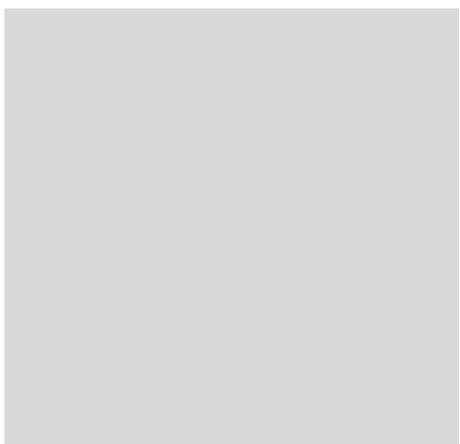


*Berufung
Leben!*



Eine Einrichtung der Kreuzschwestern
und Franziskanerinnen.



Jährlicher Qualitätsbericht



INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-----------|---|----|
| | VORWORT | 3 |
| MAI | NEUE ABTEILUNGSLEITUNG IM QRM, OE | 4 |
| | DAS QM TEAM STELLT SICH VOR | 5 |
| | QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION | 7 |
| | CIRS FEHLERMANAGEMENTSYSTEM | 8 |
| | ARBEITSMEDIZIN & IDEENMANAGEMENT | 9 |
| JULI | DOKUMENTENLENKUNG SHARE POINT - PILOTABTEILUNG AVA | 10 |
| | HERZINFARKTNETZWERK IN DER VERSORGUNGSREGION 42 | 11 |
| | FAHRRADFREUNDLICHER BETRIEB - CFE ZERTIFIKAT IN SILBER | 12 |
| SEPTEMBER | ERFOLGREICHE PRÜFUNG DER GEWEBESICHERHEIT AM KLINIKUM | 13 |
| NOVEMBER | RAUCHFREIES KLINIKUM & SCHLÜSSELLOSES KRANKENHAUS | 14 |
| | ERSTE RE-ZERTIFIZIERUNG DES BRUSTGESUNDHEITZENTRUMS BGZ | 15 |
| | ERSTZERTIFIZIERUNG DES ZENTRUMS FÜR GYNÄKOLOGISCHE TUMORE ZGT | 16 |
| | PATIENTENSICHERHEIT: DIVI ETIKETTEN | 17 |
| DEZEMBER | PATIENTENBEFRAGUNG 2016/2017 | 18 |
| | NEWS 2017 - QUALITÄTSPROJEKTE IM JAHR 2017 | 19 |
| | MEDIZINISCHE LEISTUNGSDATEN 2017 | 21 |



Bildnachweis: Klinikum Wels-Grieskirchen,
Kheng Guan Toh/Shutterstock.com

Bericht erstellt von

Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH
Stabsstelle Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung
Grieskirchner Straße 42
4600 Wels
Tel.: +43 (0) 7242 415 - 93222



VORWORT



Das Jahr 2017 stand für uns als Abteilung im Zeichen von Veränderungen und neuen Herausforderungen, die wir erfolgreich angenommen haben. Ausdruck findet diese Neuausrichtung auch in der Bestellung einer neuen Abteilungsleitung in der Person von Ph.Dr. Aichinger Maximilian, MSc sowie in der Bestellung als Stabsstelle der Geschäftsführung unseres Klinikum. Die Erfahrungen, die wir in diesen Zusammenhängen und in der täglichen Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Abteilungen machen durften, bestärken uns in unserer Arbeitsweise und unseren Aufgaben und stimmen uns positiv für die nächsten Jahre.

Was bedeutet für uns Qualität und wie verstehen wir uns als Abteilung für Qualitätsfragen?

Die Qualitätsarbeit lebt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in einem Betrieb. Wir betrachten uns als unterstützende Stelle, um unseren Kolleginnen und Kollegen an den Abteilungen ihre tägliche Arbeit zu erleichtern und dabei zu unterstützen.

Fokussiert werden von uns zukunftssträchtige Projekte und Lösungen, die die Arbeit an den Abteilungen positiv beeinflussen und ein hohes Qualitätsniveau in unserem Klinikum sicherstellen. Gemeinsam mit den Vertretern der Abteilungen ist es bei Projekten immer unser Ziel, die bestmöglichen Lösungen umzusetzen, die in der Praxis auch gelebt werden können und somit einen Mehrwert bieten.

In dieser Rolle stehen wir all unseren Abteilungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Klinikum gerne als Ansprechpartner für Fragen und Anliegen zu den Themen Qualitätssicherung und organisatorische Projekte zur Verfügung.

Qualität ist kein Zufall

Häufig sind die Themen Veränderung und Neuerung mit Zweifel behaftet, da es bedeutet, gewohnte Pfade zu verlassen. Wir legen in diesem Zusammenhang hohen Wert auf die Kommunikation mit allen Beteiligten und bemühen uns um einen empathischen Zugang. Ängste werden von uns stets ernst genommen - durch gemeinsame Gespräche und eine mitarbeiternahe Projektbegleitung, wo wir als Ansprechpartner für alle betroffenen Kolleginnen und Kollegen dienen wollen, gelingt es uns Ängste und Zweifel aufzunehmen und Lösungen zuzuführen.

Optimierte Arbeitsabläufe und Prozesse kommen nicht nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikum zugute, sondern wirken sich direkt auf die Versorgung unserer Patienten aus, die durch die Patientenbefragung auch im Jahr 2017 mit einer hervorragenden Weiterempfehlungsrate von 91% bestätigt wurde.

Näheres zu unseren Projekten, Aufgaben und der Patientenbefragung aus 2017 finden Sie auf den nächsten Seiten unseres Qualitätsberichtes.

Hervorragende Zusammenarbeit

Auch dieses Jahr gilt unser Dank den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Abteilungen für die hervorragende Zusammenarbeit bei den gemeinsamen Projekten und für ihr positives Feedback an uns. Unser gemeinsames Bemühen um das Wohl jedes einzelnen Patienten verbindet uns und liegt unserer gemeinsamen Tätigkeit zugrunde. Wir freuen uns auf die Erfolge, die wir im Jahr 2018 hoffentlich gemeinsam feiern dürfen.

Ihre Kolleginnen und Kollegen der Stabsstelle Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung.





BESTELLUNG EINER NEUEN ABTEILUNGSLEITUNG IM QUALITÄTSMANAGEMENT



Nach dem Wechsel von Dr. Harald Eder, als neuer Leiter an die Ambulante Erstversorgungseinheit (AVA), wurde mit Wirksamkeit 01.05.2017 Herr PhDr. Maximilian Aichinger, MSc zum neuen Leiter der Abteilung Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung bestellt.

Herr PhDr. Aichinger, MSc verfügt über langjährige Erfahrung mit den Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialbereich. Als promovierter Gesundheitswissenschaftler sowie akkreditierter Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (ÖVQ) und Europäischer Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (EOQ) bringt er auch die notwendigen, fachlichen Qualifikationen für die Leitung dieses Fachbereiches mit.



Einen herzlichen Dank an dieser Stelle nochmal an Herrn Dr. Harald Eder, der die Abteilung über die letzten Jahre aufgebaut sowie geführt hat und dem Qualitätsbereich weiterhin als Leiter der Qualitätssicherungskommission erhalten bleibt.



DAS QUALITÄTSMANAGEMENT STELLT SICH VOR



PhDr. Aichinger Maximilian, MSc

Leiter der Abteilung Qualitäts- & Risikomanagement, Organisationsentwicklung

Berufliche Ausbildung

PhDr. Gesundheitswissenschaften

Qualitätsmanager im Gesundheitswesen ÖVQ

Europäischer Qualitätsmanager im Gesundheitswesen EOQ

Tel.: +43 (0) 7242 415 93221, maximilian.aichinger@klinikum-wegr.at



DI (FH) Holzinger Nina

Fachbereich

- Zertifizierungen & Auditwesen
- Dokumentenmanagementsystem
- Behördliche Inspektionen (Sanitäre Aufsicht, Gewebebank)

Berufliche Ausbildung

Biotechnologin

Zertifizierte Qualitätsauditorin ISO

Tel.: +43 (0) 7242 415 93213, nina.holzinger@klinikum-wegr.at



Lauß Barbara, MA

Fachbereich

- Zentrumszertifizierungen
- Prozessmanagement
- Fehlermanagement CIRS

Berufliche Ausbildung

Prozessmanagerin, Gesundheits- und Sozialmanagerin

Zertifizierte Qualitätsbeauftragte

Tel.: +43 (0) 7242 415 93782, barbara.lauss@klinikum-wegr.at



Ortner Manuel, MA

Stellvertretender Leiter

Fachbereich

- Zertifizierungen
- Strategische OE Projekte
- Projektmanagement

Berufliche Ausbildung

Prozessmanager, Gesundheits- und Sozialmanager

Zertifizierter Qualitätsbeauftragter

Tel.: +43 (0) 7242 415 93282, manuel.ortner@klinikum-wegr.at



DAS QUALITÄTSMANAGEMENT STELLT SICH VOR



DGKP Scherzer Franz

Fachbereich

- Strategische OE Projekte
- Bereichsbezogene und Bereichsübergreifende OE Projekte
- Bau- & Organisationsthemen
- Fehlermanagement CIRS

Berufliche Ausbildung

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

Akademischer Risiko- und Gesundheitsmanager

Tel.: +43 (0) 7242 415 93779, franz.scherzer@klinikum-wegr.at



Schmid Bianca

Fachbereich

- Patientenbefragung
- Ideenmanagement
- Sekretariat

Berufliche Ausbildung

Kaufmännische Fachkraft

Tel.: +43 (0) 7242 415 93222, bianca.schmid@klinikum-wegr.at



Mag. (FH) Striegl Simone

Fachbereich

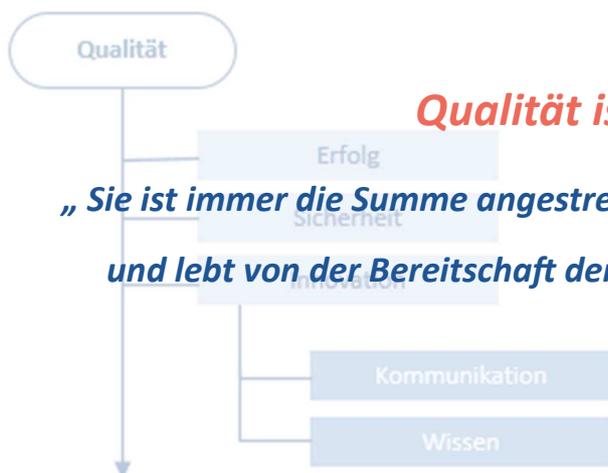
- Zentrumszertifizierungen
- Prozessmanagement
- Patientenbefragung
- Ideenmanagement

Berufliche Ausbildung

Prozessmanagerin

Zertifizierte Qualitätsbeauftragte

Tel.: +43 (0) 7242 415 93281, simone.striegl@klinikum-wegr.at



Qualität ist kein Zufall

„ Sie ist immer die Summe angestregten Denkens, motivierten Handelns und lebt von der Bereitschaft der Menschen dies auch umzusetzen “



QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION



Aufgabe der Qualitätssicherungskommission, kurz QSK, ist es, die Kollegiale Führung (KOFÜ) zu beraten und zu unterstützen, indem qualitätssichernde und –verbessernde Maßnahmen initiiert und der KOFÜ zur Umsetzung empfohlen werden.

Gemäß dem KAKuG - Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz ist in jeder bettenführenden Krankenanstalt eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen. Dieser Kommission hat zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. Diese interdisziplinäre und standortübergreifende Zusammensetzung der QSK ermöglicht es, verschiedene Erfahrungen, Anforderungen und Bedürfnisse der unterschiedlichen Disziplinen auszutauschen und in die Bearbeitung der CIRS Fälle, der eingegangenen Ideen des Ideenmanagements oder andere qualitätsrelevante Themenpunkte einfließen zu lassen.

Im Klinikum Wels-Grieskirchen finden zumindest quartalsweise Treffen der QSK statt, bei welchen regelmäßig ausgewählte CIRS-Fälle analysiert, diskutiert und das weitere Vorgehen festgelegt wird, um Risiken zu reduzieren.

Im vergangenen Jahr hat sich die 18-köpfige QSK insgesamt 5-mal getroffen und sich dabei unter anderem intensiv mit der Bearbeitung und Evaluierung qualitätsrelevanter Themen wie beispielsweise dem Herzalarm oder dem Divi-Standard beschäftigte.

Zu Jahresbeginn wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Thema „**Herzalarm NEU**“ gegründet, welche sich mit der Optimierung des bisherigen Ablaufs beschäftigt hat.

Ziel der Arbeitsgruppe war eine Empfehlung zur Optimierung des Herzalarms an die QSK abzugeben und der Geschäftsführung zu übermitteln.

Ein Projektauftrag wurde erstellt und von der Geschäftsführung unterschrieben. Ein Maßnahmenplan, wie der Herzalarm und der Alarmierungsprozess im Haus aussehen sollte wurde erstellt und das Alarmierungssystem eines vergleichbaren Hauses analysiert.

Da eine Änderung des Herzalarms eine umfassende und tiefgreifende Änderung sowohl technischer als auch organisatorischer Faktoren beinhaltet, wird das Thema die QSK auch noch im Jahr 2018 begleiten.

Eine weitere Angelegenheit, welche nicht zuletzt wegen einigen CIRS Fällen in diversen Gremien diskutiert wurde, war die Thematik der einheitlichen Kennzeichnung von Medikamenten.

Die Empfehlung der QSK lautete, gemäß dem **Divi-Standard** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Notfallmedizin), Medikamente einer Wirkstoffgruppe mit Etiketten gleicher Farbe zu kennzeichnen. Im Sinne der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Optimierung der Patientensicherheit konnte dieses Projekt, nicht zuletzt durch den Einsatz einer interdisziplinären Projektgruppe, zu einem positiven Abschluss, der Einführung der Divi-Etiketten im Anästhesie-, Intensiv- und Überwachungsbereich, gebracht werden.

Generell initiiert, koordiniert, unterstützt und fördert die QSK die Umsetzung des Qualitätsmanagements und berät die Kollegiale Führung über die dazu erforderlichen Maßnahmen. Das Ergebnisprotokoll einer jeden QSK-Sitzung inklusive den Empfehlungen wird der Krankenhausleitung weitergeleitet. Gerne nimmt die QSK Vorschläge zur Qualitätsverbesserung aus allen Bereichen des KWG entgegen.



Das Team der Qualitätssicherungskommission



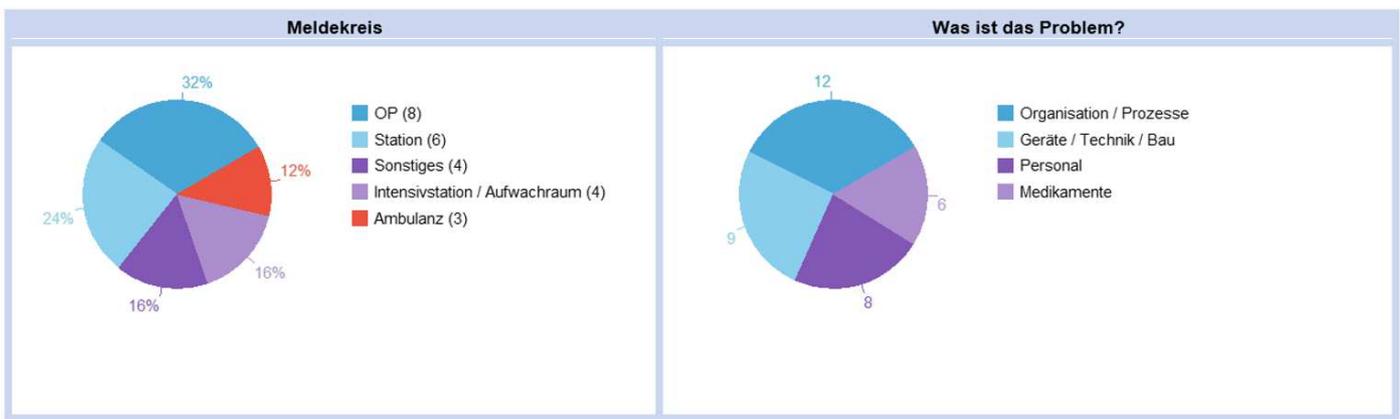
CIRS CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM - FEHLERMANAGEMENTSYSTEM



Das **Critical Incident Reporting System (CIRS)** dient der anonymen Meldung von kritischen Ereignissen. Durch die Meldung von Fehlern bzw. Beinahe-Zwischenfällen leisten die Mitarbeiter des Klinikum Wels-Grieskirchen einen wertvollen Beitrag zur Ablaufverbesserung und Erhöhung der Patientensicherheit.

CIRS dient der **schnellen und anonymen Erfassung von kritischen Ereignissen** und ermöglicht somit im Bedarfsfall ein schnelles Einleiten von Korrekturmaßnahmen. Häufig betreffen die gemeldeten Ereignisse **Systemfaktoren** wie Materialprobleme, technische Probleme oder Personalmangel; **persönliche Faktoren** wie mangelndes Fachwissen, verminderte Aufmerksamkeit oder Überlastung; aber auch **organisatorische Defizite** wenn zB. Medikamente ähnlich aussehen oder bauliche Gegebenheiten ein störungsfreies Arbeiten erschweren.

Im **Berichtszeitraum 2017** gingen insgesamt 25 CIRS-Fälle aus den Meldekreisen OP, Station, Intensivstation/Aufwachraum und Ambulanz, bzw. sonstige Bereiche ein. Die Probleme bei den gemeldeten Fällen betrafen primär die Organisation aber auch die Prozesse, Geräte, Technik und Bau, Personalfaktoren und die Medikation, wie in der nachstehenden Grafik ersichtlich:



Eine CIRS Meldung betraf beispielsweise den Umgang mit der **LifeVest**, einer Defibrillationsweste welche von Patienten getragen wird, die gefährdet sind, einen plötzlichen Herztod zu erleiden. Die Weste an sich sowie der korrekte Umgang damit waren dem Fallmelder, und vermutlich auch anderen Kollegen, nicht bekannt. Es wurde Kontakt mit dem Herzalarmteam aufgenommen, gemeinsam wurden Informationen gesammelt und ein Mail mit wichtigen Informationen zur LifeVest sowie einem Schulungsvideo durch das Qualitätsmanagement an alle Mitarbeiter versendet bzw. im Intranet zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus ist die LifeVest nun auch Bestandteil der Reanimationsschulung.

Ein anderer CIRS Fall betraf den Zimmer- bzw. **Schwesternnotruf im Bereich der psychiatrischen Tagesklinik**. Ein Patient, der außerhalb der Öffnungszeiten auf ein Konsil wartet, löst den Notruf aus, welcher nur durch Zufall von einem Mitarbeiter bemerkt wurde. Der Verbesserungsvorschlag des Fallmelders verwies darauf die Türen der Tagesklinik außerhalb der Öffnungszeiten zu verschließen oder den Schwesternruf außerhalb der Dienstzeiten umzuleiten. Es wurden technische Adaptierungen für die Umleitung des Notrufs eingeleitet. Nun ist gewährleistet, dass der Notruf auf den Stützpunkt der Psychiatrie im 1. OG umgeleitet wird.

Durch CIRS Meldungen werden meist wertvolle Hinweise auf Aspekte im klinischen Umfeld gegeben, welche noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden und wo es Potential für Verbesserung gibt. Zumeist liefern die Melder auch zentrale Verbesserungsvorschläge, welche besonders hilfreich sind, da diese „näher an den Problemen dran sind“ und wissen, wie mögliche Lösungen aussehen können.

Seitens des QRM wird 2018 versucht, die kontinuierliche Veröffentlichung von CIRS Fällen zu optimieren, damit Mitarbeiter aus den „Fehlern/Beobachtungen“ anderer lernen können.



ARBEITSMEDIZIN



Um die Terminvereinbarung für arbeitsmedizinische Untersuchungen für die Mitarbeiter zu vereinfachen und den administrativen Aufwand durch telefonische Terminvereinbarungen in der Arbeitsmedizin zu reduzieren, wurde in Wels und Grieskirchen ein Terminplanungsmodul, welches über das „Was ist los“ unter den Quicklinks aufrufbar ist, eingerichtet. Über dieses Terminplanungsmodul ist es den Mitarbeitern möglich, selbstständig einen passenden Termin in der Arbeitsmedizin zu fixieren. Durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer/des Geburtsdatums, Auswahl der Leistung (zB. Impfung oder Einstellungsuntersuchung) und der gewünschten Zeit wird ein Termin im Terminkalender der Arbeitsmedizin generiert. Das Terminplanungsmodul soll den Arbeitsmedizinern durch festgelegte Termine ein effizientes Arbeiten ermöglichen und den Mitarbeitern Wartezeiten ersparen. Um auf das Terminplanungsmodul aufmerksam zu machen, wurde seitens des QRM ein Informationsschreiben erstellt und an alle Mitarbeiter in Wels und Grieskirchen verschickt.

Web Terminbuchung
Portal der Arbeitsmedizin

Klinikum
Wels-Grieskirchen

Willkommen auf dem Web-Portal Ihrer Arbeitsmedizin!

Um einen Termin zu buchen, gehen Sie bitte wie folgt vor:

1. Geben Sie bitte Ihre Sozialversicherungsnummer ein um einen Termin zu buchen. Für etwaige Rückfragen ist die Angabe einer Telefondurchwahl verpflichtend!
2. Danach kann der gewünschte Tag für den Termin ausgewählt werden. Das System liefert Ihnen nun alle noch freien und somit buchbaren Termine für diesen Tag zur Auswahl.
3. Nach der Auswahl des gewünschten Termins werden Sie noch einmal aufgefordert alle Angaben zu überprüfen und den Termin zu bestätigen. Erst durch die Bestätigung werden die Daten zum Arbeitsmedizinischen Dienst übermittelt.
4. Nach erfolgreicher Übermittlung und Buchung des Termins erscheint eine Bestätigung. Bitte notieren Sie diesen Termin oder drucken Sie die Buchungsbestätigung aus!

1. Bitte geben Sie hier Ihre zehnstellige Sozialversicherungsnummer im Format XXXXTMMJJ und Telefondurchwahl ein!

Sozialversicherungsnummer:
Rückrufnummer:

2. Bitte wählen Sie die gewünschte Terminart und den gewünschten Zeitpunkt aus!

Folgende Untersuchungen können gebucht werden:
Leistung:

An folgenden Tagen sind Termine verfügbar:
Datum:

Die folgenden Zeiten sind verfügbar:
Uhrzeit:

IDEENMANAGEMENT



Im Jahr 2017 sind 43 Beiträge von MitarbeiterInnen in das Tool des Ideenmanagements eingetragen worden.

Auszug einiger Beiträge, die umgesetzt wurden:

Montage von Desinfektionsmittelpender: Es wurden auf allen Ambulanzen Desinfektionsmittelpender angebracht.

Beleuchteter und versperrbarer Fahrradabstellplatz vor dem Hauptgang: Rechts des Haupteingangs (hinter Gastgarten Café Preslmayr) wurde ein Abstellplatz für ca. 50 Fahrräder geschaffen. Dieser Bereich kann wie die bereits bestehenden absperrbaren Fahrradabstellplätze nur mit der Identkarte betreten werden. Beleuchtung erfolgt mittels Bewegungsmelder.

Umstellung der Salz- und Pfefferstreuer auf Einmalprodukte: Die Salz- und Pfefferstreuer wurden auf abgepackte Einmalprodukte (wie Zucker) umgestellt.

Mieträder für die Fahrt zur Arbeit: Für das Jahr 2018 werden 5 Mieträder angeschafft. Diese Räder können für die Fahrt zur Arbeit und zurück wochenweise kostenlos ausgeborgt werden.

Verlegung Raucherpavillon: Es ist geplant, den Raucherpavillon im Laufe des Jahres 2018 zu schließen.





DOKUMENTENMANAGEMENT SHAREPOINT - PILOTPROJEKT AMBULANTE ERSTVERSORGUNGSEINHEIT AVA



Die Etablierung eines Qualitätsmanagement-Handbuches (QRM-HB) im Bereich der „Ambulanten Erstversorgungseinheit AVA“ und die dafür essentielle Dokumentenlenkung durch Share Point, lautete das Pilotprojekt für 2017.

Für die leichtere Orientierung im Handbuch wurde eine Startseite entwickelt, die dynamisch mit Widgets gestaltet werden kann. Diese Tools können optisch so gewählt werden, dass ein schnelles Erkennen und Zuordnen für den Anwender möglich ist. Als Beispiel kann man hier das Hinterlegen der Dokumentenbibliothek für den ärztlichen Bereich, durch eine orange Kachel mit einer Arztsilhouette erwähnen. Durch einen einfachen Klick gelangt man dann direkt zur Bibliothek mit allen aktuell gültigen und freigegebenen Dokumenten im Bereich der Akutaufnahme.

Weiters werden diese Kacheln auch zum Verweis auf externe Fachseiten herangezogen. So kann der Anwender umgehend zu wichtiger Fachliteratur wechseln.

Ein wichtiger Punkt war auch eine Plattform zum Informationsaustausch innerhalb der Abteilung. Das sogenannte Infocenter bietet diese Möglichkeit und zusätzlich noch eine Kenntnismahmfunktion.

Eine verantwortliche Person kann eine Information in das Center stellen, im Share Point hinterlegte Dokumente verlinken und die Kenntnismahme für eine Einzelperson oder ganze Gruppen von Personen anfordern. Die jeweiligen Informierten sehen dann diese Nachricht inklusive eines

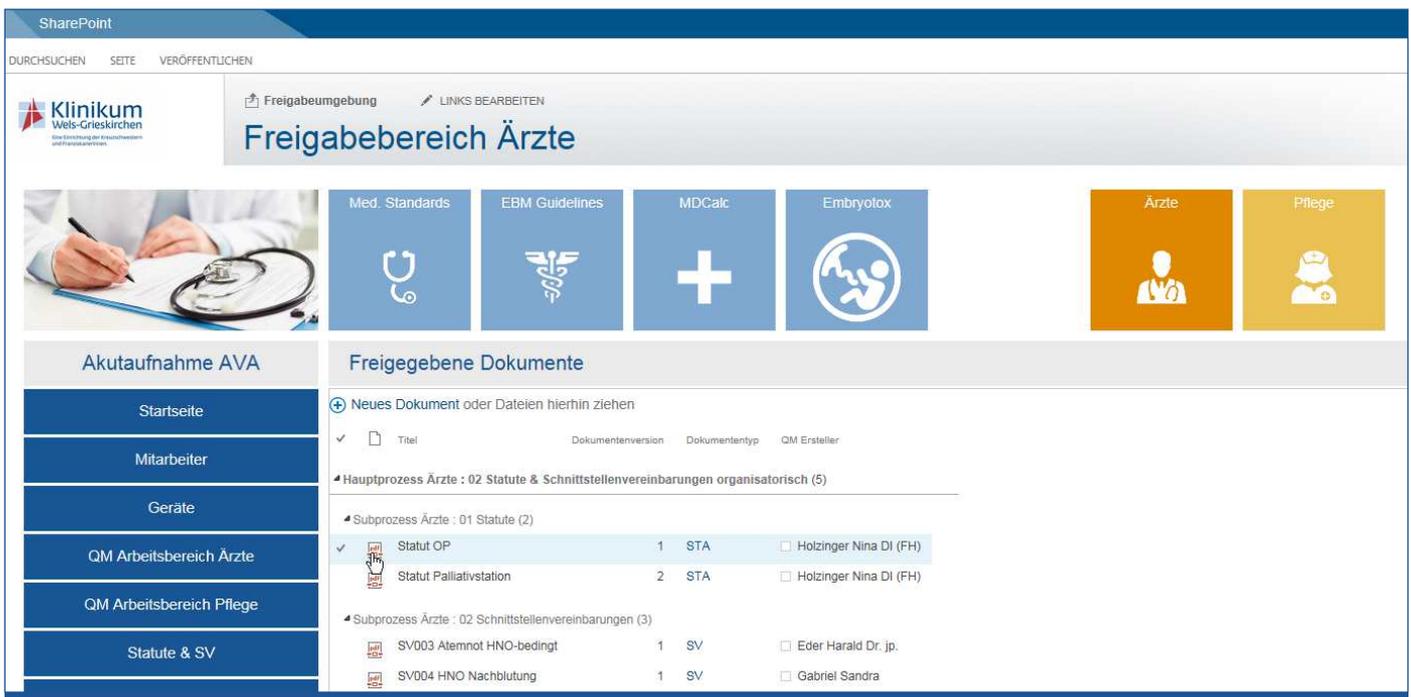
Bestätigen-Buttons in ihrem Center. Die verantwortliche Person kann sich auf eine Liste berufen, in der die noch ausständigen Kenntnismahmen der Personen angezeigt werden.

Die Möglichkeit periodische Aufgaben in das Center einzupflegen wurde noch im Testmodus im Jahr 2017 entwickelt. Vorerst können Aufgaben eingepflegt werden, die durch einen monatlichen Rhythmus aufscheinen. Diese Anwendung soll noch auf wöchentliche und tägliche Aufgaben erweitert werden.

Hier erinnert einen das Infocenter automatisch an wiederkehrende Aufgaben wie z.B. die wöchentliche Überprüfung des Defibrillators.

Eine weitere Informationsquelle sind die Bereichsnachrichten. Diese sind nicht mit einer Kenntnismahmfunktion ausgestattet, werden jedoch zur Informationsweitergabe von sozialen Aspekten verwendet. Als Beispiel kann man die Einladung zur Weihnachtsfeier oder die Ankündigung und Vorstellung eines neuen Mitarbeiters in der Abteilung nennen.

Die neue AVA Startseite bietet mannigfaltige Möglichkeiten und Verbesserungen in der Informationsweitergabe, dem Wissenserhalt und der Ablage und Erneuerung von Dokumenten. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Qualitätsmanagement, der Akutaufnahme und der IT wird auch im Jahr 2018 dieses Projekt weiter vorantreiben.





PROZESSOPTIMIERUNG - ERSTE SCHRITTE IN DER GRÜNDUNG EINES HERZINFARKTNETZWERK IN DER VERSORGUNGSREGION 42



Die aktuellen Leitlinien zur Versorgung von Herzinfarktpatienten der maßgeblichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung, European Society Cardiac, American Heart Association, European Resuscitation Council) fordern die Einrichtung von Herzinfarktnetzwerken zur optimierten Patientenversorgung. Die strukturierte Versorgung des akuten Herzinfarktes hat nachweisbare Verbesserungen in der Versorgungsqualität erbracht. Die Einhaltung der bekannten Zeitfenster kann hierdurch messbar optimiert werden. Die leitliniengerechte Versorgung jedes Herzinfarktpatienten kann gewährleistet werden.

Die Akutintervention mittels Herzkatheter ist in der Regel die bevorzugte Reperfusionstrategie, die beim Herzinfarkt anzuwenden ist (European Society of Cardiac Guidelines 2017).

Die Initiative für die Gründung des Herzinfarktnetzwerkes VR42 beruht auf mehreren Rückmeldung aus dem Notfalldienst und Informationen aus dem CIRS im Klinikum Wels-Grieskirchen. Bei diesen Rückmeldungen wurden von suboptimalen Versorgungsabläufen ohne nachteilige Auswirkung für die Patientengesundheit berichtet (Near Miss → Beinahefehler). Im Zuge der Aufarbeitung dieser Rückmeldungen wurde auf Initiative unseres Direktoriums eine hochkarätige Arbeitsgruppe (Leitung Kardiologie, Leitung Anästhesie I, Leitung Notarzt, Leitung Akutversorgung Aufnahme) einberufen.

Die Arbeitsgruppe „Optimierung der Versorgung von internistischen Notfallpatienten“ hat im ersten Ansatz festgelegt und als sehr wichtig erachtet, dass, wie von der European Society of Cardiac (ESC) festgelegt, die Akutintervention (Ballondilatation) bei einem Patienten mit STEMI Geschehen (ST-segment elevation myocardial infarction) möglichst zeitnahe erfolgen soll.

Damit es zu einer schnelleren Versorgung der Infarktpatienten kommen kann, wurden folgende Projektziele von der Arbeitsgruppe festgelegt.

Projektziele STEMI Versorgung

Erstellung einer schriftlichen Zielvereinbarung zwischen allen beteiligten Gruppen bei der Versorgung von ...

- Herzinfarktpatienten in der Versorgungsregion 42
- Standardisierte QM-Dokumentation in der gesamten Versorgung der Infarktpatienten
- Verkürzung der Interventionszeit bis zur Reperfusion
- Reduktion der DBT auf die zeitliche Empfehlung ESC in der STEMI Versorgung (≤ 60 min)
- Reduktion der CBT auf die zeitliche Empfehlung ESC in der STEMI Versorgung (≤ 90)
- Festlegung von optimalen Prähospitalen- und Intrahospitalstandards
- Enge Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den verschiedenen Hilfsorganisationen und dem Klinikum

Welche Schritte wurden 2017 umgesetzt?

- Ist-Analyse STEMI Versorgung
- Darstellung Soll-Prozess STEMI Versorgung
- Entwurf einer schriftlichen Zielvereinbarung für die Versorgung von Herzinfarktpatienten in der Versorgungsregion 42
- Freigabe der Empfehlung für die Prähospitale Therapie des akuten Koronarsyndroms

Welche Schritte müssen 2018 noch gemacht werden?

- Elektronische Übertragung des 12 Kanal EKG`s an den diensthabenden Internisten auf der Internen Intensivstation
- Information an alle am Behandlungsprozess beteiligten Personengruppen
- Aktivierung des STEMI Versorgungsprozess
- Start der relevanten Dokumentation von QM-Daten im Versorgungsprozess





KLINIKUM WELS-GRIESKIRCHEN ERZIELT MIT FAHRRADFREUNDLICHEN MAßNAHMEN SILBER BEI DER CFE-ZERTIFIZIERUNG



Das Klinikum Wels-Grieskirchen hat sich bei der Kampagne "Radelt zur Arbeit" mit 9.876 geradelten Kilometern auf den zweiten Platz im Gesamtranking der teilnehmenden Firmen katapultiert. Als "Sahnehäubchen" entpuppt sich jetzt auch noch die Teilnahme an der CFE-Zertifizierung, denn auch hier erreichte das Klinikum mit ihren durchgeführten fahrradfreundlichen Maßnahmen die Auszeichnung Silber!

2014 beteiligte sich erstmals eine Gruppe motivierter Mitarbeitern an der Kampagne "Radelt zur Arbeit". Ein Jahr später schaffte es das Klinikum, die Anzahl der teilnehmenden Rad-fahrenden Mitarbeitern auf 250 aufzustocken. Die Unternehmensleitung erkannte die Bedeutung dieses gesundheitsfördernden Projekts und setzte firmenintern mehrere fahrradfreundliche Maßnahmen um.

Die Teilnahme an "Radelt zur Arbeit" sowie eine firmeninterne Erweiterung der Kampagne, internes Fahrrad-Marketing oder Betriebsausflüge mit dem Fahrrad sind nur einige von vielen sogenannten Soft Measures, die das Klinikum umsetzte, um Mitarbeitern zum Umstieg auf das Fahrrad zu motivieren.

Die Vereinbarung eines Leitzieles zur Erhöhung des Radverkehrsanteils im Betrieb gehört genauso dazu, wie der Einsatz von Rädern, Lastenrädern oder Fahrradanhängern für die betriebsinterne Logistik. Fahrradreparatur-Möglichkeiten und Vergünstigungen für Mitarbeitern in Fahrradgeschäften runden das Angebot ab. Die infrastrukturellen Maßnahmen schaffen einen perfekten Rahmen, um Mitarbeitern zu überzeugen, auf das Fahrrad umzusatteln: barrierefreier, fahrradfreundlicher Zugang zum Betriebsgelände, eingangsnah und beleuchtete Radabstellplätze, Duschen und Spinde, etc. Zu den "Pull-Maßnahmen" zählen gebührenpflichtige Parkplätze für Mitarbeitern und die Umwandlung von eingangsnahen Pkw-Stellplätzen zu Radabstellanlagen.

Mit insgesamt 211 von maximal 272 zu erreichenden Punkten hat das Klinikum Wels-Grieskirchen verdienterweise die **Silber-Medaille** erlangt! Mit wenigen weiteren fahrradfreundlichen Maßnahmen - vor allem im Bereich der Restriktionen beim Pkw-Parken - steht einer Gold-Medaille bei einer Rezertifizierung in drei Jahren nichts mehr im Weg!





ERFOLGREICHE PRÜFUNG DER GEWEBESICHERHEIT AM KLINIKUM



Im Klinikum Wels-Grieskirchen besteht die Möglichkeit, Hüftköpfe, welche im Rahmen von Routine-Hüftoperationen von Patienten entnommen werden, als Gewebespende zu verwenden.

Voraussetzung dafür ist das Einverständnis der Patienten und der Ausschluss von Kontraindikationen sowie die sachgerechte Reinigung und eine rigorose Spendertesting. Wesentliches Ziel ist die Versorgung von Patienten mit qualitativ hochwertigen Spongiosapräparaten unter größtmöglicher Produktsicherheit.

Wird im Rahmen einer solchen Hüftoperation ein abgenutzter Hüftkopf aseptisch entnommen, und nicht wie sonst verworfen, kann nach Erfüllung aller gesetzlichen Anforderungen und entsprechender Aufbereitung das gesäuberte Spongiosatransplantat verwendet werden.

Das verarbeitete, getestete und gereinigte Spongiosagewebe wird zum Aufbau und Rekonstruktion von Knochendefekten sowie zum Füllen von Knochenzysten eingesetzt und gibt neuen Transplantaten Halt. Körpereigene Zellen können wieder einwandern und die Stabilität des eigenen Knochen stärken oder aufrechterhalten.

HÖCHSTE QUALITÄT ALS GEMEINSAMES ZIEL

Die Entnahmeeinrichtung, wie auch die Gewebebank, verfügt über alle erforderlichen gewebesicherheitsrechtlichen Genehmigungen hierfür und wird alle 2 Jahre hinsichtlich deren Einhaltung von der Behörde überprüft. Entsprechend wurde Anfang September die Knochenbank an der Abteilung für Orthopädie und orthopädische Chirurgie wieder vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen für weitere 2 Jahre erfolgreich rezertifiziert.

Das Kernteam, bestehend aus Vertretern der Ärzteschaft, der Pflege und dem Qualitätsmanagement, kümmert sich um den ordnungsgemäßen Ablauf und den qualitativ hochwertigen

Systemerhalt sowie das weitere Vorantreiben von neuen Hygiene- und Sicherheitsstandards im Zuge der Gewebespende.

OA Dr. Markus Jakubek und DGKP Lisa Grabner überwachen und initiieren die Entnahme, Lagerung, Verarbeitung und Verteilung von Knochentransplantaten im Zentral OP. Sie organisieren und prüfen die Verteilung der Transplantate an Patienten unter Einhaltung strenger Richtlinien und Kontrollmechanismen.

DI(FH) Nina Holzinger betreut die Knochenbank hinsichtlich der Erarbeitung und Festlegung von Standardarbeitsanweisungen und der Implementierung aller gesetzlichen Bestimmungen und Einarbeitung von Neuerungen seitens der Behörden.

Gemeinsam hat sich das Kernteam monatelang auf die Inspektion durch die Behörde vorbereitet und vorbildlich gezeigt, wie eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für den Patienten und die Patientensicherheit am Klinikum Früchte tragen kann.

Immer neuere Innovationen und behördliche Aufgabenstellungen fordern uns heraus intensiv miteinander zu interagieren und gangbare und vor allem lebende Prozesse zu entwickeln, die auf lange Zeit im Sinne aller Berufsgruppen sind.

Hier sieht sich die Stabsstelle für Qualitäts- und Risikomanagement als interdisziplinäres Bindeglied für die erfolgreiche Umsetzung nicht nur der behördlichen, sondern auch insbesondere der klinischen Alltagsanforderungen.



Im Jahr 2017 wurden
18 Knochenpräparate
implantiert !





GESUNDHEITSFÖRDERUNG - RAUCHFREIES KLINIKUM



Nach einer Vorbereitungszeit von rund zwei Jahren wurde dem Klinikum im Rahmen der ONGKG-Konferenz vom 23. - 24. November 2017 am Standort Wels das Bronze-Zertifikat des Europäischen Netzwerkes Rauchfreier Gesundheitseinrichtungen überreicht. Die Überreichung erfolgte durch Fr. Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina Dietscher vom BM für Gesundheit und Hrn. Univ.-Prof. Dr. Gernot Brunner als Präsident des ONGKG.

Für die Erreichung dieses Zertifikates war neben einem klaren Bekenntnis der Gesundheitseinrichtung zur Rauchfrei-Strategie, die Installierung einer Arbeitsgruppe nötig. Diese beschäftigte sich mit möglichen umzusetzenden Maßnahmen, wie beispielsweise die Installierung von „Raucherpavillons“ an definierten Plätzen. Auch das Angebot an die Mitarbeiter zur Teilnahme an Raucherentwöhnungsseminaren zählte dazu. Weiters musste mittels eines Selbstbewertungsbogen einer Selbsteinschätzung nach europäischen Standards durchgeführt werden. Diese ist jährlich zu wiederholen.



Zertifikatsverleihung „Rauchfreies Klinikum“

SCHLÜSSELLOSES KRANKENHAUS SCHAFFT SICHERHEIT FÜR PATIENTEN UND MITARBEITER



2017 wurde das Projekt „Schlüsselloses Krankenhaus“ am Klinikum Wels-Grieskirchen gestartet. Die innovative Zugangskontrolle funktioniert an beiden Klinikum-Standorten in den nicht-öffentlichen Bereichen, von 21 bis 6 Uhr über Kartenleser bzw. Voranmeldung.

Drei Säulen bilden die Basis des Projekts: „Einerseits stand der Sicherheitsaspekt durch die Ablösung des Schlüssels im Vordergrund. Andererseits fällt zeitgleich die Verwaltung der Schlüssel weg – die Identkarte, über welche ohnehin jeder Mitarbeiter verfügt, nimmt diese Rolle ein“, erklärt Franz Scherzer von der Abteilung für Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung. Rechte werden automatisch vergeben. Um die jeweils korrekten Zutrittsmöglichkeiten zu garantieren, werden an alle Mitarbeiter allgemeine Rechte und individuelle Sonderrechte vergeben. „Das geschieht bei der elektronischen Erfassung jedes Mitarbeiters automatisch, ebenso wie sich die Rechte automatisch ändern bei einem Abteilungswechsel des Mitarbeiters bzw. bei einer Beendigung des Dienstverhältnisses wegfallen.“ Büro-, Dienst- und Behandlungsräume sind mit Kartenlesern an den Türklippen, die Eingänge zu den Stationen mit einem Online-Leser ausgestattet. So wird garantiert, dass zum Beispiel zu Nachtzeiten Personen nicht unbefugt, sondern nur nach Anmeldung die Stationen betreten können.





REZERTIFIZIERUNG DES BRUSTGESUNDHEITZENTRUMS



Als zertifiziertes Brustgesundheitszentrum (BGZ), welches erstmals 2014 zertifiziert wurde und in einem **3 Jahres-Intervall** von einer externen Zertifizierungsgesellschaft heuer wieder überprüft wurde, erbringt das BGZ jährliche Nachweise über einen hohen Qualitätsstandard in Diagnostik und Therapie.

Nach einer intensiven **Vorbereitungszeit**, gemeinsam mit den interdisziplinären Ansprechpartnern aller im Brustgesundheitszentrum (BGZ) beteiligten Fachdisziplinen, fand Ende November/Anfang Dezember 2017 ein erfolgreiches **dreitägiges Rezertifizierungs-Audit**, unter der Koordination des Qualitätsmanagements seitens Herrn Ortner, MA und Frau Lauß, MA, durch die Zertifizierungsgesellschaft DocCert statt.

„Der Zertifizierungsaufwand ist durchaus mit erheblichem Aufwand verbunden, der Nutzen rechtfertigt die Anstrengungen des gesamten interdisziplinären Teams jedoch eindeutig!“ freut sich Frau Lauß, MA über das erfolgreiche Audit. Ergänzend dazu Herr Ortner, MA: „Die Rezertifizierung war ein wichtiger Schritt zur Qualitätssicherung in den betroffenen Bereichen und trägt damit direkt zur Erhöhung der Patientensicherheit bei.“

Die Zertifizierungsgesellschaft DocCert bescheinigte dem Zentrum die **Erfüllung der vorgegebenen Anforderungen** und Fallzahlen, geltenden Qualitätsstandards und vorgeschriebene Ergebnisqualität.

Daraus resultiert eine optimale Betreuung und Behandlung von PatientInnen mit Brustkrebs, welche von der Diagnostik über die operative Therapie bzw. Chemo- und Strahlentherapie, einer möglicherweise notwendigen psychoonkologischen Betreuung hin bis zur Nachsorge reicht.

Die **Anforderungen** der Zertifizierungsbehörde richteten sich an ...

- die interdisziplinäre Zusammenarbeit
- die Zusammenarbeit mit dem affilierten Partner, dem Krankenhaus St. Josef in Braunau
- das Qualitätsmanagement

- das Studienmanagement
- die psychosoziale und -onkologische Betreuung
- die Brustambulanz
- Fort- und Weiterbildungen
- die operative Therapie
- die Radiologie
- die Kooperation im Bereich der Radioonkologie mit den BHS Linz
- die Pathologie
- die medikamentöse Tumorthherapie
- die Nuklearmedizin
- die Nachsorge und Behandlung von Rezidiven
- die Klinische Soziale Arbeit und die Psychoonkologie sowie die Dokumentation und die Ergebnisqualität.

Das BGZ im Klinikum Wels-Grieskirchen ist somit wieder **bis Ende 2020 zertifiziert**.

Durch die Rezertifizierung konnte somit die **Erreichung der definierten Ziele**, ...

- einer erhöhten Patientensicherheit sowie der bestmöglichen Versorgung der PatientInnen mit Brustkrebs,
- einer Fokussierung der interdisziplinären Zusammenarbeit,
- sowie einer Festigung der Relevanz des Behandlungsangebots für die Öffentlichkeit sichergestellt werden.

Um die **Qualität auch weiterhin kontinuierlich zu steigern** und eine Weiterentwicklung zu fördern, sind zukünftig jährliche interne Audits im BGZ durch das Qualitätsmanagement geplant. Darüber hinaus finden weiterhin quartalsweise Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie **Qualitätszirkel** mit dem interdisziplinären Team statt, um die Kennzahlen und den Fortschritt des Zentrums zu überwachen.



Das interdisziplinäre Team des Brustgesundheitszentrums





ERSTZERTIFIZIERUNG DES ZENTRUMS FÜR GYNÄKOLOGISCHE TUMORE



Gleichzeitig mit der Rezertifizierung des Brustgesundheitszentrums erfolgte die **Erstzertifizierung** des **Zentrums für Gynäkologische Tumore** (ZGT) am Standort Wels. Bei dieser Zertifizierung befindet sich das Klinikum in einer Vorreiterrolle, da es sich um die erste Zertifizierung eines solchen Zentrums außerhalb der Pilotphase, der Zertifizierungsgesellschaft DocCert im Jahr 2016 gehandelt hat.

Durch die **gemeinsame Zertifizierung** des ZGTs mit dem Brustgesundheitszentrum (BGZ) in einem 3-tägigen Audit konnte ein Synergieeffekt genutzt werden, da sich die Anforderungen an diverse Fachbereiche wie Radiologie, Nuklearmedizin oder Pathologie überschneiden und somit der Aufwand für einzelnen Fachbereiche reduziert werden konnte.

Wie im BGZ wird auch im ZGT hoher Wert auf eine **funktionierende, interdisziplinäre Zusammenarbeit** gelegt. Beteiligte Bereiche sind ...

- die Gynäkologie
- IV. Interne
- Radiologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Chirurgie II
- Radioonkologie (Kooperation mit den BHS Linz)
- Psychoonkologie
- Klinische Soziale Arbeit
- Physiotherapie
- und die genetische Beratung.

Das ZGT bietet **hohe Qualität** von der Diagnose bis hin zur operativen und konservativen Therapie und wird dabei vom Kooperationspartner, dem Ordensklinikum Linz, im Bereich der Strahlentherapie unterstützt.

Weiters erstellt das Zentrum **jährlich einen Qualitätsbericht** über die Ergebniskennzahlen, um die Qualität kontinuierlich zu steigern und einen Benchmark mit anderen Zentren durchführen zu können. Zusätzlich werden in **quartalsweise stattfindenden Qualitätszirkeln** gemeinsam mit allen relevanten Disziplinen die Kennzahlen analysiert, organisatorische Abläufe besprochen und qualitätssichernde Maßnahmen definiert.

Mit der **erfolgreichen Zertifizierung** als Zentrum für Gynäkologische Tumore wurde uns durch eine objektive, externe Stelle eine hohe Fachexpertise in den Behandlungsprozessen sowie eine exzellente Betreuung und Begleitung der Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren bestätigt.

Das ZGT im Klinikum Wels-Grieskirchen konnte, nicht zuletzt durch die hervorragend funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit, erfolgreich **bis Ende 2020 erstzertifiziert werden**.



Barbara Lauß, MA und Manuel Ortner, MA mit Prim. Dr. Reisenberger





DIVI STANDARD



Es liegt auf der Hand, dass die Gefahr einer Medikamentenverwechslung steigt, wenn innerhalb eines Krankenhauses, je nachdem ob im OP auf der Intensivstation oder auf den bettenführenden Stationen, unterschiedliche Etiketten mit unterschiedlichen Farben und Beschriftungen verwendet werden. Deshalb wurden mit Ende 2017 im Klinikum Wels-Grieskirchen im Bereich der Anästhesie und in den Intensiv- und Überwachungsbereichen die Divi-Etiketten eingeführt.

Was ist der DIVI-Standard?

Dem DIVI-Standard (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) liegt das Prinzip zugrunde, dass für Medikamente einer Wirkstoffgruppe, Etiketten gleicher Farbe verwendet werden. Die Wirkstoffe werden dabei in 15 Gruppen unterteilt, jeder Gruppe wird dabei eine eigene Farbe zugewiesen. Dies beruht auf der Überlegung, dass Verwechslungen innerhalb einer Wirkstoffgruppe weniger schwerwiegende Folgen haben, als Verwechslungen zwischen den Gruppen. Neben der farblichen Kennzeichnung trägt das „Tall Man Lettering“ zur besseren Unterscheidung ähnlicher Wirkstoffnamen bei, was einen zusätzlichen Sicherheitsaspekt bietet.

Gemäß dem DIVI-Standard soll, statt dem oftmals geläufigen Handelsnamen, die Wirkstoffbezeichnung am Etikett angeführt werden. Der Vorteil der Wirkstoffbezeichnung liegt darin, dass der Name auch bei einem Wechsel des Präparates gleich bleibt.

Weiters handelt es sich hierbei um standardisierte Etiketten, die einem internationalen Standard gemäß **ISO 26825/2007** entsprechen. Ziel der ISO-Norm 26825 ist die Reduktion von Verwechslungen zwischen den Wirkstoffgruppen und damit die Erhöhung der Arzneimittel- und Patientensicherheit.

Umsetzung

Durch die Wirkstoffverordnung der Medikamente ist es in den Spezialbereichen erforderlich, insbesondere bei Verlegung der Patienten aus diesen Bereichen eine „Übersetzung“ in das verfügbare Handelsprodukt auf der Station durchzuführen. Deshalb wurden von der Apotheke Übersetzungslisten für die bettenführenden Stationen erstellt, welche vom jeweiligen Primar sowie der Stationsleitung freigegeben wurden. Die Freigabe dieser Liste ersetzt somit die Einzel-Anordnung des Arztes und das diplomierte Pflegepersonal kann das verordnete Medikament, sprich das Handelsprodukt, in die Patientenkurve übertragen und verabreichen. Bei Bedarf erfolgt eine Aktualisierung der Übersetzungsliste durch die Apotheke.



Die Umstellungsphase war mit Skepsis und einer erhöhten Aufmerksamkeit der Mitarbeiter verbunden. Dennoch war allen bewusst, dass die stationsübergreifende einheitliche Kennzeichnung von Medikamente einer Wirkstoffgruppe, mit Etiketten gleicher Farbe, zur Erhöhung der Medikationssicherheit beiträgt. Zusätzlich ermöglicht die einheitliche Spritzen-Kennzeichnung ein leichteres abteilungsübergreifendes Arbeiten und verbessert die Arbeitsabläufe.

Die Einlagerung der Etiketten erfolgt im Lager der Materialwirtschaft, wo bei Bedarf jederzeit Etiketten abgerufen werden können. In Summe wurden 85 Standardetiketten, 12 Sonderetiketten und 2 Leer-Etiketten bestellt, was insgesamt 2.250 Rollen entspricht.

Im Sinne der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Optimierung der Patientensicherheit konnte dieses Projekt, nicht zuletzt durch den Einsatz der interdisziplinären Projektmitglieder, zu einem positiven Abschluss, der Einführung der Divi-Etiketten im Anästhesie-, Intensiv- und Überwachungsbereich, gebracht werden.



MEHR SICHERHEIT

- Eindeutige Farbcodierung
- Tall Man Lettering
- Wirkstoffbezeichnung



BEREICHE

- Anästhesie Wels und Grieskirchen
- Aufwachstation
- Überwachung Grieskirchen
- OP-Intensiv 1
- OP-Intensiv 2/RCU
- Interne Intensivstation/Stroke Unit
- Neonatologie



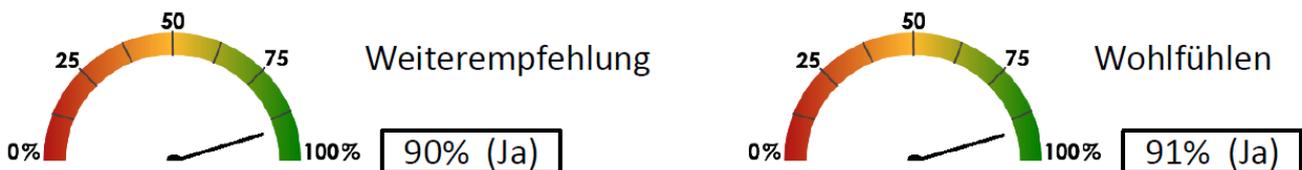
PATIENTENBEFRAGUNG - ZUFRIEDENHEIT UND FREUNDLICHKEIT ZEICHNEN UNS AUS

↓
Die Patientenbefragung ist seit August 2016 hausweit im stationären Bereich im Einsatz (Ausnahmen sind Sonderbereiche, wie Demenz-, Palliativ- oder Intensivstationen).

Ziel der Patientenbefragung ist es, eine ständige Rückmeldung von unseren Patienten zu erhalten und messbar zu machen, in welchen Bereich wir uns gemäß der Patientinnen und Patienten verbessern sollten.

Im Jahr 2017 lag die Gesamtzufriedenheit bei 1,31 (Bewertung von 1 - sehr gut bis 6 - sehr schlecht) und somit einer exzellenten Bewertung seitens der Patienten.

90 % würden unser Klinikum weiter empfehlen und 91 % haben sich hier wohl gefühlt.



2017 haben 28,8 % der Patienten den Fragebogen retourniert. Das entspricht 16.600 Fragebögen mit über 3.000 Freitextmeldungen. Die häufigsten positiven Freitextmeldungen beziehen sich auf die Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, kompetente Pflege und medizinische Behandlung des pflegerischen und ärztlichen Personals.

Die Fragebögen werden quartalsweise ausgewertet, die Ergebnisse gehen an das Direktorium sowie an die Abteilungs- und Stationsleitungen.

| | 2016 | 2017 |
|----------------------------|-------|--------------|
| Gesamtzufriedenheit | 1,32 | 1,31 |
| Weiterempfehlung | 92,6% | 90,3% |
| Wohlfühlen | 92,9% | 90,8% |



„Höchste *Qualität* und die *Zufriedenheit* unserer Patienten liegen uns maßgeblich am *Herzen!*“



NEWS 2017

QUALITÄTSMANAGEMENT - WEITERE PROJEKTE IM JAHR 2017



NEUE GERÄTEPÄSSE

Im Zuge der Sanitären Aufsichten kam es zu Beanstandungen hinsichtlich der unvollständigen Dokumentation der Einschulungen an den Geräten entsprechend §80 und §83 MPG. Eine einheitliche Organisation der Ablage mit festgelegten Verantwortlichkeiten zwischen gerätebeauftragten Arzt, medizinischen Sekretariat und Medizintechnik wurde vereinbart.

Zur besseren Unterstützung der verantwortlichen Personen wurde ein Gerätepassordner angefertigt, der diesen Ablauf festlegt, genug Platz für die sortierte Ablage der Formulare lässt und auf alle nötigen Gesetzestexte verweist.



JÄHRLICHE BLEISCHÜRZENPRÜFUNGEN

Angeregt durch das Direktorium, wurde der Prozess zur jährlichen Routineprüfung der Bleischürzen im Haus neu strukturiert und die interdisziplinären Verantwortlichkeiten verschriftlicht. Im Zuge des Prozessmanagements konnte auch noch ein Verbesserungspotential hinsichtlich Identifikation und Prüfkennzeichnung der Schürzen festgestellt werden.

Ziel war es auch die Dokumentation zu vereinfachen. Um dies gewährleisten zu können, wurde eine interne ID Nummer mit eindeutiger Zuweisung der Schürze und ein interaktives Prüfprotokoll entwickelt.



HACCP IN DER KÜCHE - CERTIFIED FOOD SAFETY

Hazard Analysis and Critical Control Points, kurz HACCP, ist eine klar strukturierte präventive Gefahrenanalyse zur Vermeidung von mikrobiologischer, chemischer und physikalischer Gefährdungen in der Zubereitung, Verarbeitung, Lagerung und Einkauf von Lebensmitteln in Großküchen.

Mitte 2017 fand, durch die Firma Hygienicum und den Küchenleitungen, die Festlegung der Maßnahmen zum Erreichen und zum Erhalten der Hygienestandards und der Lebensmittelsicherheit statt. Gemeinsam legte man das HACCP Konzept mit allen Checklisten und Aufgaben vor und verpflichtete sich mit der Zertifizierung zur Einhaltung und ständigen Verbesserung im Sinne der Mitarbeiter- und Patientensicherheit.





NEWS 2017



GÜTESIEGEL SELBSTHILFFREUNDLICHES KRANKENHAUS

Wir als Klinikum Wels-Grieskirchen haben es uns zum Ziel gesetzt, unsere Patienten und deren Angehörige umfassend zu betreuen. Unter dem Leitsatz „Berufung Leben“ setzen wir die Symbiose aus qualitativ hochwertiger Medizin sowie emphatischer Betreuung im täglichen Krankenhausbetrieb um. Es freut uns daher besonders, wiederum das Gütesiegel des Dachverbandes der Oö. Selbsthilfegruppen als „Selbsthilffreundliches Krankenhaus“ zu erhalten.

In Ergänzung zu unseren medizinischen, pflegerischen sowie therapeutischen Angeboten arbeiten wir eng mit den Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, welche eine wichtige und wesentliche Erweiterung des regionalen Gesundheitssystems darstellen.

Selbsthilfe bedeutet, sein Schicksal selbst in die Hand zu nehmen, eigenverantwortlich zu sein und gemeinsam mit anderen Betroffenen die vielfältigen Herausforderungen einer oft chronischen oder langwierigen Erkrankung zu bewältigen und zu meistern. Es geht dabei vor allem um das Ermutigen und Informieren, aber auch um das menschliche Auffangen sowie die Chance, eine neue Orientierung zu geben und durch das persönliche Beispiel einen Weg in die Zukunft aufzuzeigen.



QUALITÄT SZERTIFIZIERTE „DARMKREBSVORSORGE“

Die Darmspiegelung (Koloskopie) stellt eine sehr wichtige Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs dar. Die Abteilung für Innere Medizin V bietet diese Untersuchung an und hat von der Österreichischen Fachgesellschaft für Magen-Darm-Erkrankungen das Qualitätszertifikat für die Vorsorgekoloskopie erhalten.

2005 wurde die Vorsorgekoloskopie in Österreich eingeführt. Für eine gesicherte Untersuchungsqualität wurde in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), dem Hauptverband und der Österreichischen Krebshilfe das "Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge" geschaffen.

Im Rahmen der Zertifizierung werden Aspekte überprüft wie die vollständige Untersuchung des Dickdarms, die Entdeckung und richtige Entfernung der Polypen. Am wichtigsten für die Patienten ist die Gewissheit, dass die Untersuchung schmerzlos ist. Das Klinikum Wels-Grieskirchen hat alle Voraussetzungen erfüllt und zeigt damit, dass Qualität ein wichtiger Faktor ist.





MEDIZINISCHE LEISTUNGSDATEN

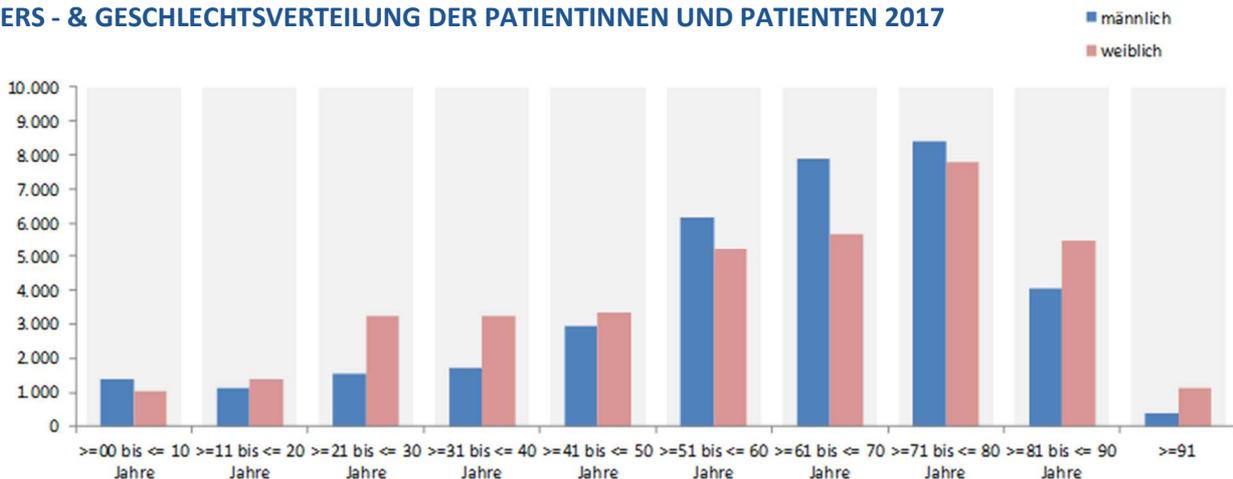


ZAHLEN & DATEN 2017

| | |
|--------------------------------|----------|
| Stationäre Aufnahmen | 88.000 |
| Bettenzahl | 1.227 |
| Durchschnittliche Verweildauer | 3,8 Tage |
| Ambulante PatientInnen | 250.000 |
| Operationen | 29.000 |
| Geburten | 2.600 |
| MitarbeiterInnen gesamt | 3.700 |
| ÄrztInnen | 540 |
| Pflegepersonal | 1.300 |
| Abteilungen & Institute | 26 |
| Departments | 3 |
| Fachschwerpunkt | 1 |



ALTERS - & GESCHLECHTSVERTEILUNG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN 2017



TOP 10 EINZELLEISTUNGEN - BASIS LKF (MEL)

- Katarakt-Operationen
- Begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper
- Entbindung
- Interventionelle Kardiologie
- Spezifische Tumorthherapie
- Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen
- Chemotherapie bei malignen Erkrankungen der Leistungsgruppe C
- Eingriffe am Uterus
- Chemotherapie bei malignen Erkrankungen der Leistungsgruppe A
- Eingriffe an den peripheren Gefäßen

TOP 10 HAUPTDIAGNOSEN - BASIS LKF (HDG)

- Augen-Diagnosen II
- Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule
- Einfache Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum
- Pneumonie und Bronchiolitis
- Affektionen der ableitenden Harnwege
- Sonstige Erkrankungen - Nervensystem
- Chronische Herzerkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Einfache Affektionen der Haut
- Maligne Neoplasien der Haut