

Qualitätsmanagement Handbuch

für die Abteilung Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie des LKH Klagenfurt

Änderungen gegenüber vorheriger Ausgabe:

Version	Status	Datum	Verantwortl.	Änderungsgrund
1.00	Freigegeben	31.01.2005	Preiß P.	Neuerstellung
2.00	Freigegeben	22.03.2006	Preiß P.	Jährliche Überarbeitung
3.00	Freigegeben	16.05.2007	Preiß P.	Jährliche Überarbeitung

Freigabe:

Funktion	Name* & Unterschrift	Freigabe für Kapitel	Dienststelle	Datum
QM Verantwortliche	Dr. Petra Preiß		HTGC	16. 05.2007
Prozessverantwortlicher	Dr. Petra Preiß		HTGC	16.05 2007
Management	Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider OSr. Christine Regoutz OPf. Egon van Houtum		HTGC HTGC Abt. f. ICU-IMC	16.05.2007

Dieses für die Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie gültige Dokument referenziert in übergeordneten Punkten auf das Qualitätsmanagementhandbuch des LKH Klagenfurt. Die entsprechenden Stellen sind in diesem Handbuch als solche gekennzeichnet bzw. referenziert.

Inhaltsverzeichnis

Organisationskultur.....	4
Qualitätskonzept / Qualitätsstrategie / Qualitätsmanagement der HTGC	4
Qualitätsziele der HTGC.....	4
Mission – Leitbild – Werte der HTGC.....	4
Vision – Leitziel – strategisches Ziel der HTGC	5
Entwicklung und Strukturen der HTGC.....	5
Ausnahmen und Abgrenzung:	5
Management.....	6
Planen, Review, Maßnahmen	6
Interne Kommunikation.....	6
Kundenorientierung	6
Gesetze, Normen, Richtlinien.....	6
Ressourcen, Dokumente	7
Verantwortlichkeiten im QM System	7
Personal.....	7
Leitungspersonal.....	7
Medizinisches Personal	10
Personal Pflege.....	11
Personal Administration	11
Personal Reinigung.....	12
Qualitätsmanagement-Beauftragte.....	12
Beauftragte der HTGC.....	13
Schulung und Qualifikation.....	13
Motivation.....	14
Fort- und Weiterbildung.....	14
Dokumentation.....	15
Klinische Prozesse.....	16
Ambulanz.....	16
OP-Bereich	16
Beraten der Kunden	16
Interne Supportaufgaben.....	17
Abteilungsadministration	17
Support	17
Schnittstellen zum klinischen Bereich.....	17
Schnittstellen zum kaufm.-techn. Bereich	18
Schnittstellen zu LKH KLU Stäben	19
Qualitätssicherung	19
Prüfungen der Prozesse und der Dienstleistung.....	19
Umgang mit Fehlern.....	19
Gute Ideen Programm (GIP)	20
Bewertung des QM-Systems durch die HTGC- Leitung	20
Anhang	21
Organigramm	21
Prozesslandkarte HTGC.....	22

Vorwort

QUALITÄTSSICHERUNG IM KRANKENHAUS

Qualitätssichernde Maßnahmen sind nicht zuletzt aufgrund der seit Jahren bestehenden gesetzlichen Forderung in vielen Krankenhäusern zu festen Bestandteilen der täglichen Arbeit geworden.

Waren früher die Anforderungen noch problemlos in den bestehenden Strukturen eines Krankenhauses umsetzbar, so sind die Forderungen nach der Einführung eines „einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ nur mit dem Aneignen von Zusatzqualifikationen, entsprechender Methodenkompetenz und struktureller Anpassungen möglich.

Medizinische Qualität hat damit zu tun, inwieweit Erwartungen und Wünsche der Patienten erfüllt werden, technische und klinische Handlungen zu einer Verbesserung des Krankheitszustandes beitragen und die hierzu benötigten finanziellen Mittel sinnvoll und effizient eingesetzt werden.

Die Befürworter einer ISO-Zertifizierung argumentieren, dass in einer sozialen Dienstleistung wie der Medizin der Qualitätsbegriff ähnlich wie in der Industrie definiert wird als das Erfüllen von Anforderungen und Wünschen, die der Patient als Kunde an die Klinik stellt. Das größte Verbesserungspotential in Richtung Kundenzufriedenheit liege in der ständigen Überprüfung und Optimierung einzelner Arbeitsabläufe, was wiederum das Ziel der ISO-Normen darstellt. 2000 wurde das Modell überarbeitet und als „ISO 9001:2000“ vorgestellt. Schwerpunkte dieser Reform waren die bessere Darstellung der Prozeß- und Ergebnisqualität vor allem im Hinblick auf die Kundenorientierung.

Die Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie Klagenfurt ist sehr stark interdisziplinär vernetzt und muss daher einer Vielzahl von Kundenwünschen gerecht werden. Gleichzeitig erfordert dieses „networking“ aber auch eine klare Organisationsstruktur und allgemein verbindliche Verfahrensrichtlinien. Im Rahmen der Einführung des QM-Systems wurden von allen Mitarbeitern der Abteilung solche gemeinsamen Richtlinien erarbeitet und implementiert. Die Definition der Abteilungsziele unter Berücksichtigung der Leitziele des LKH Klagenfurt und der KABEG führten zu einer klareren Orientierung der Abteilung. Nicht zuletzt konnten strukturelle Verbesserungen durch einheitliche Qualitätsnormen und verbesserte Dokumentation erreicht werden.

Wir sind überzeugt, dass der Qualitätssicherung im Krankenhaus immer größere Bedeutung zukommen wird und wir durch die Einführung eines QM-Systems die Betreuung unserer Patienten und die Kontakte zu den zuweisenden Kollegen noch weiter verbessern können.

Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider

Organisationskultur

Qualitätskonzept / Qualitätsstrategie / Qualitätsmanagement der HTGC

Das Qualitätskonzept und die Qualitätsstrategie des LKH Klagenfurts gelten im Bereich der HTGC. Bei der Gestaltung des Qualitätsmanagementsystems der HTGC wurde ebenso auf die zentralen Vorgaben und Prinzipien des LKH Klagenfurts Rücksicht genommen. Abgebildet wird das Qualitätsmanagement im Intranet des LKH-Klagenfurt.

Die entsprechenden Regelungen finden sich im Qualitätsmanagementhandbuch des LKH Klagenfurt.

Qualitätsziele der HTGC

Die übergeordneten Qualitätsziele des LKH Klagenfurts gelten im Bereich der HTGC.

Die entsprechenden Regelungen finden sich im Qualitätsmanagementhandbuch des LKH Klagenfurt.

Mission – Leitbild – Werte der HTGC

Aufbauend auf den im LKH Klagenfurt gültigen Standard (siehe Qualitätsmanagementhandbuch des LKH Klagenfurt) wurde in der HTGC ein eigenes Leitbild entwickelt:



- *Anerkannte Führungsrolle in der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie für Kärnten und darüber hinausgehend.*
- *Vertrauen der Patienten und Zuweiser in die Kompetenz der Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie stärken*
- *Klare Richtlinien als Grundlagen einer erfolgreichen Betreuung unserer Patienten.*
- *Wertschätzung und Förderung der Mitarbeiter.*
- *Kooperationen mit anderen Abteilungen und Anbietern zur Steigerung der Effizienz.*

Vision – Leitziel – strategisches Ziel der HTGC

Die übergreifenden Visionen, Leitziele und strategischen Ziele des LKH Klagenfurts haben Gültigkeit in der HTGC (siehe Qualitätsmanagementhandbuch des LKH Klagenfurt). Relevante Inhalte wurden in der Entwicklung des Abteilungsspezifischen Leitbilds berücksichtigt.

Entwicklung und Strukturen der HTGC

Die Abteilung wurde 1988 als "Abteilung für Herz- und Thoraxchirurgie" gegründet, um erstmal in Kärnten Bypassoperationen und Operationen am offenen Herzen durchführen zu können. Zusätzlich sollte die große Lungenabteilung des LKH Klagenfurt einen chirurgischen Partner bekommen.

In der Herzchirurgie haben sich die Patientenzahlen von anfangs etwa 200 auf derzeit über 400 Operationen/Jahr erhöht, was für eine Servicebevölkerung von 550.000 in Kärnten dem österreichischen Schnitt (840 Operationen/Mill. EW) entspricht.

In der Thoraxchirurgie sind die Fallzahlen weiterhin steigend, wobei die Abteilung heute neben der h.o. Pulmologie auch andere Kärntner Spitäler, niedergelassene Fachärzte und Teile Osttirols mitversorgt. Schwerpunkte sind neben der interdisziplinären Tumortherapie des Bronchuskarzinoms videoassistierte Eingriffe sowie die Versorgung entzündlicher Erkrankungen des Thorax.

Seit 1.1.2005 sind die gefäßchirurgischen Aktivitäten des LKH Klagenfurt an der neuen "Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie" zusammengefaßt. Mit 4 Fachärzten für "Gefäßchirurgie" und zwei Assistenten in Ausbildung kann in Zusammenarbeit mit der Abteilung für diagnostische und interventionelle Radiologie eine rund-um-die-Uhr-Versorgung gewährleistet werden. Neben der Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen stellt die Chirurgie der extrakraniellen Carotis-Stenose einen wesentlichen Schwerpunkt dar. Die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit Dialyse-Shunts ist schon seit langem fester Bestandteil unseres Aufgabengebietes.

Die ständige Weiterbildung des gesamten Abteilungsteams, die fachübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen sowie der Einsatz modernster Diagnose-, Operations- und Therapiemöglichkeiten garantieren der Kärntner Bevölkerung beste medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.

Die Abteilung verfügt derzeit über 45 systemisierte Betten.

Ausnahmen und Abgrenzung:

Das Qualitätsmanagementsystem der HTGC beinhaltet nur jene Prozesse und Bereiche, die mit der Patientenversorgung in Zusammenhang stehen. Regelungen der ISO 9001:2000 bezüglich Entwicklung (Kapitel 7.3) werden deshalb nicht nachgewiesen.

Die Operationen der HTGC werden in einem interdisziplinären Zentral-Op durchgeführt. Sowohl das Op-Management als auch das Op-Personal und die Kardiatechniker sind organisatorisch nicht der HTGC unterstellt. Die im Op ablaufenden, für die HTGC relevanten Prozesse sind daher nicht im QM-System enthalten. Die Ergebnisse der chirurgischen Tätigkeit im Op-Bereich fließen über jährliche Auswertung der herzchirurgischen Datenblätter sowie der Lungen- und Gefäßoperationen in den QM-Bereich ein.

Management

Planen, Review, Maßnahmen

Das Management der HTGC bewertet das Qualitätsmanagementsystem in geplanten Abständen, um dessen fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit sicherzustellen. Aufbauend auf den hausweiten Standards wurde eine eigene Verfahrensanweisung für das Planen, den Review und die daraus zu entwickelnden Maßnahmen entwickelt, die die spezifischen Bedürfnisse der HTGC berücksichtigt.

Führungsprozess

Interne Kommunikation

Durch die Festlegung der internen Informationsstruktur der HTGC wird ein geregelter und strukturierter Informationsfluss und dessen Dokumentation gewährleistet. Aufbauend auf den hausweiten Standards wurde eine eigene Verfahrensanweisung für die Interne Kommunikation entwickelt, die die spezifischen Bedürfnisse der HTGC berücksichtigt.

Interne Kommunikation

Kundenorientierung

Im Rahmen der Kundenorientierung beschreiben wir implementierte, gesetzliche und eigene Anforderungen sowie die Kundenanforderungen an die zu erbringende Dienstleistung, definieren Regeln bei Änderungen der Dienstleistung und stellen die Kommunikation mit dem Kunden sicher.

Aufbauend auf den hausweiten Standards wurden eigene Verfahrensanweisung entwickelt, die die spezifischen Bedürfnisse der HTGC berücksichtigt

Kundenorientierung

Zuweiserbetreuung

Gesetze, Normen, Richtlinien

Für die Einhaltung aller geltenden Gesetze, Rechtsvorschriften und behördlichen Auflagen ist die Leitung verantwortlich. Ergeben sich wesentliche Änderungen, informiert die Leitung die betroffenen Mitarbeiter und leitet geeignete Maßnahmen, wie z.B. die Erstellung einer Richtlinie oder Schulungsmaßnahmen, ein. Information über Änderungen erhält die Leitung über das Intranetportal der KABEG bzw. im Dienstweg. Im Intranetportal der KABEG sind die neuesten Gesetze, Normen, Richtlinien 7 Tage nach Erscheinen mit „new“ gekennzeichnet. Weiters bezieht die Leitung den Newsletter des RIS (Rechtsinformationssystem).

Ressourcen, Dokumente

Verantwortlichkeiten im QM System

Funktion	Verantwortlichkeit(en)
Leitung	Verantwortlich für die Freigabe und Umsetzung
Qualitätsbeauftragter	Planung, Einführung und Umsetzung der Prozessschritte sowie bei der Kontrolle
Prozessverantwortlicher (PV)	<p>Der PV <u>bestätigt</u> für seine Prozessverantwortung die Richtigkeit von</p> <ul style="list-style-type: none">• Verfahrensanweisungen• Flussdiagrammen• die Zuordnung Rollen zu Tätigkeiten <p>Der PV <u>beobachtet</u> für seine Prozessverantwortung:</p> <ul style="list-style-type: none">• die Soll – Ist-Abweichung der Prozessumsetzung mindestens anhand der Prozesskriterien (VA - Kapitel: Regelung des Prozesses) und gibt Rückmeldung an das Management und die Mitarbeiter innerhalb des Prozessgeschehens <p>Der PV <u>analysiert</u> für seine Prozessverantwortung:</p> <ul style="list-style-type: none">• die potentiellen Verbesserungen, Korrekturen und Vorbeugemaßnahmen aufgrund von eigenen und kollegialen Beobachtungen.• Der PV ist Ansprechpartner für das Management, Mitarbeiter und QM – Beauftragte

Personal

Leitungspersonal

Die Leitung der HTGC besteht aus einem Primararzt, einer Oberschwester und einem Oberpfleger. Die Aufgabentrennung ergibt sich sinngemäß aus jenen der Kollegialen Führung. Fachspezifische Entscheidungen werden einzeln getroffen, organisatorische Entscheidungen, die beide Wirkungsbereiche berühren, gemeinsam.

HTGC-Leitung Medizin

Die Leitung im Sinne der ISO 9001:2000 obliegt Herrn Prim. Dr. W. Wandschneider. Er ist unter anderem verantwortlich für

- die Festlegung, Bekanntmachung und Umsetzung der in den Abteilungs-, Unternehmenszielen und Leitlinien festgeschriebenen Qualitätspolitik,
- die Festlegung der Aufbau- und Ablauforganisation mit Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten,
- das In-Kraft-Setzen der gesamten QM- Dokumentation,
- die regelmäßige Bewertung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems,
- die Umsetzung aller Anforderungen, die sich aus Rechtsvorschriften, behördlichen Auflagen und Genehmigungen ergeben.

Ziel bzw. Hauptaufgabe der Stelle:

- Fachliche und organisatorische Führung der Abteilung
- Verantwortung für die Patientenbetreuung laut Behandlungsvertrag mit dem Krankenhaus
- Verfolgung der Unternehmensziele des Hauses und der KABEG
- Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und der Betriebsvereinbarungen im medizinischen-ärztlichen Bereich
- Entscheidung in Grundsatzfragen und bei gravierenden Problemen
- Einteilung der nachgeordneten Ärzte
- Festlegung der Aufbau- und Ablauforganisation in Übereinstimmung mit der medizinischen Direktion
- Genehmigung von Schulungs- und Fortbildungsplänen, Koordinierung der Teilnahme an Kongressen
- Genehmigung der Dienstpläne und der Urlaubsansuchen für Ärzte und unterstellte Schreibkräfte
- Fachliche und organisatorische Repräsentation der Abteilung gegenüber dem Krankenhausdirektorium und nach außen
- Delegation von Aufgaben an unterstellte Mitarbeiter unter Berücksichtigung ihrer Qualifikation
- Verantwortung für die Ausbildung der Assistenzärzte und Turnusärzte laut Ausbildungsordnung der Ärztekammer
- Verantwortung für die Ausbildung in Sonderfächern laut Ausbildungsordnung der Ärztekammer
- Verantwortung für die fachliche Fort- und Weiterbildung der unterstellten Oberärzte
- Umsetzung der in den Abteilungs- und Unternehmenszielen festgelegten Qualitätspolitik
- Kontinuierliche Bewertung und Weiterentwicklung des QM-Systems

Abteilungs-Leitung Medizin Stellvertreter EOA

Die Funktion des Stellvertreters hat der Erste Oberarzt, EOA Dr. Miladin Djordjevic, inne.

Ziel bzw. Hauptaufgabe der Stelle:

- Fachliche und organisatorische Führung der Abteilung in Vertretung des Primararztes
- Unterstützung des Primararztes bei der Verfolgung der Abteilungsziele

- Mitverantwortung für die Ausbildung der Assistenzärzte und Turnusärzte laut Ausbildungsordnung der Ärztekammer.
- Umsetzung der in den Abteilungs- und Unternehmenszielen festgelegten Qualitätspolitik
- Delegation von Aufgaben an unterstellte Mitarbeiter unter Berücksichtigung ihrer Qualifikation
- Erstellung des Dienstplans
- Verantwortung für die Patientenbetreuung laut Behandlungsvertrag mit dem Krankenhaus

HTGC-Leitung Pflege

Die Leitung der Pflege im Bereich HTGC ist nach den jeweiligen Bereichen aufgeteilt.

Für den Bereich Station K, Station Klasse West und die Ambulanz wird die Leitung durch Frau OSr. DGKS Christine Regoutz wahrgenommen.

Für den Bereich IMC wird die Leitung durch OPf. Egon van Houtum wahrgenommen.

Er/Sie ist unter anderem verantwortlich für

- die Festlegung, Bekanntmachung und Umsetzung der in den Abteilungs-, Unternehmenszielen und Leitlinien festgeschriebenen Qualitätspolitik,
- die Festlegung der Aufbau- und Ablauforganisation mit Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten,
- das in Kraftsetzen der gesamten QM- Dokumentation,
- die regelmäßige Bewertung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems,
- die Umsetzung aller Anforderungen, die sich aus Rechtsvorschriften, behördlichen Auflagen und Genehmigungen ergeben.

Das detaillierte Aufgabenspektrum ist in der jeweiligen Stellenbeschreibung festgelegt.

Stationsleitungen Pflege

Die Stationsleitungen erfolgen im Bereich der HTGC wie folgt:

Station K	Stat.Sr. Ingrid Leitner
Station Klasse West	Stat.Sr. Alexandra Schmidt
Station IMC	Stat.Sr. Maria Mucher

Das detaillierte Aufgabenspektrum ist in den Stellenbeschreibungen festgelegt.

Medizinisches Personal

Oberarzt

Voraussetzung für die Besetzung einer Oberarztstelle ist die abgeschlossene Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie oder eine entsprechende EU-konforme Qualifikation.

Die Gruppe der Oberärzte sind für folgendes verantwortlich.

Ziel bzw. Hauptaufgabe der Stelle:

- Patientenbetreuung im zugewiesenen Verantwortungsbereich
- Unterstützung des Primararztes bei der Verfolgung der Abteilungsziele
- Mitverantwortung für die Ausbildung der Assistenzärzte und Turnusärzte laut Ausbildungsordnung der Ärztekammer.
- Umsetzung der in den Abteilungs- und Unternehmenszielen festgelegten Qualitätspolitik
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung zur Verbesserung der fachlichen Qualifikation
- Konstruktive Kooperation innerhalb der Abteilung und interdisziplinär

Assistent Arzt

Voraussetzung für die Besetzung einer Assistentenarztstelle ist ein abgeschlossenes Medizinstudium (Dr.med.univ).

Der Assistentenarzt in der HTGC für folgendes verantwortlich.

Ziel bzw. Hauptaufgabe der Stelle:

- Patientenbetreuung im zugewiesenen Verantwortungsbereich
- Erlernen der Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechend der Ausbildungsordnung der Ärztekammer
- Eigenverantwortliche Tätigkeit entsprechend §8 ÄrzteG
- Umsetzung der in den Abteilungs- und Unternehmenszielen festgelegten Qualitätspolitik
- Konstruktive Kooperation innerhalb der Abteilung und interdisziplinär

Stationsarzt

Voraussetzung für die Besetzung einer Stationsarztstelle ist die abgeschlossene Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (ius practicandi).

Der Stationsarzt in der HTGC unter anderem verantwortlich für

- Patientenbetreuung im zugewiesenen Verantwortungsbereich
- Organisatorische Unterstützung des stationsführenden Oberarztes und des Primararztes
- Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und Pflegepersonal
- Umsetzung der in den Abteilungs- und Unternehmenszielen festgelegten Qualitätspolitik

- Konstruktive Kooperation innerhalb der Abteilung und interdisziplinär

Turnusarzt

Voraussetzung für die Besetzung einer Turnusarztstelle ist ein abgeschlossenes Medizinstudium (Dr.med.univ).

Der Turnusarzt ist für seine Ausbildung der HTGC zugeteilt. Seine Aufgaben und Kompetenzen ergeben sich aus der Stellenbeschreibung der KABEG.

Personal Pflege

Dipl. DGKS / DGKP

Das detaillierte Aufgabenspektrum ist in der jeweiligen Stellenbeschreibung festgelegt.

Pflegehelfer

Das detaillierte Aufgabenspektrum ist in der jeweiligen Stellenbeschreibung festgelegt.

Personal Administration

Abteilungssekretärin

Die Abteilungssekretärin ist unter anderem verantwortlich für

- Leiten des Abteilungssekretariats
- Terminmanagement und Schriftverkehr für den Abteilungsvorstand
- Administrative Arbeiten für das ärztliche Personal (Urlaubskartei, Meldung an die Personalstelle)
- Mitorganisation von Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen der Abteilung

Schreibkräfte

Die Schreibkräfte in der HTGC sind unter anderem verantwortlich für

- Vertretung der lfd. Abteilungssekretärin
- Schreiben von Arztbriefen und OP- Berichten etc.
- Administrative Arbeiten für das ärztliche Personal (Urlaubskartei, Meldung an die Personalstelle)
- Versand der Befunde an die jeweiligen Zuweiser
- Mitorganisation von Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen der Abteilung
- Die Schreibkräfte sind organisatorisch dem Schreibpool zugeordnet.

Ambulanzschreibkräfte

Die Ambulanzschreibkräfte sind organisatorisch nicht der HTGC zugeordnet. Sie führen ausschließlich die elektronische Administration für die Patientenaufnahme durch und werden daher ausschließlich für diesen Bereich des QM-Systems geschult. Hinsichtlich der internen Kommunikation werden die Ambulanzschreibkräfte über die Pflegedienstmitarbeiter der Ambulanz, das Abteilungssekretariat oder direkt über die Qualitätsmanagement-Beauftragte informiert.

Personal Reinigung

Die Gruppe der Bedienerinnen wird administrativ und fachlich von der Einsatzleitung geleitet. Die Einsatzplanung erfolgt von der Einsatzleitung mit Absprache der Abteilung.

Qualitätsmanagement-Beauftragte

Die Aufgabe des Qualitätsbeauftragten ist die Einführung und Erhaltung prozessorientierter Qualitätsmanagementsysteme eigenverantwortlich oder im Team. Er versteht die grundlegenden rechtlichen Anforderungen an die Abteilung im Rahmen des Qualitätsmanagements und kann die oberste Leitung beraten.

Er informiert die Abteilungsleitung regelmäßig über die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems. Für seine Aufgaben ist er von der Abteilungsleitung mit allen erforderlichen Befugnissen und Ressourcen ausgestattet. Zu seinen Aufgaben zählen auch die Förderung des Qualitätsbewusstseins und die Schulung der Mitarbeiter zu Themen des Qualitätsmanagements sowie der Bedeutung der Kunden und ihrer Zufriedenheit für die Abteilung.

Dies erfordert:

Wissen über die ISO 9000 Normenfamilie sowie deren unternehmensspezifische Interpretation

Wissen über die grundlegenden rechtlichen Anforderungen an die Abteilung im Rahmen des Qualitätsmanagements

Weiterführendes Wissen über die Anwendung von Methoden und Werkzeugen des Qualitätsmanagements.

Grundlagen des Projektmanagements

Prozessorientiertes Denken

Gute EDV Kenntnisse (Office Anwendungen)

Im Projektalltag heißt das

Aufgaben- und Terminplanung

Analyse der Aufbau und Ablauforganisation

Visualisierung der Analyse

Konzeption und Durchführung von Schulungen

Anwendung von QM Werkzeugen wie:

Daten sammeln

Flussdiagramme erstellen

Moderation von Gruppenarbeiten, Qualitätszirkeln

Im Routinebetrieb heißt das

Flexibilität, Erhöhung der Datentransparenz, Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualitätsfähigkeit

Analyse der Aufbau und Ablauforganisation

Unterstützung der Obersten Leitung in allen Belangen des Qualitätsmanagements

Organisation der Internen Audits

Koordination der Management Reviews

Einhaltung der Dokumentenlenkung

Einhaltung der Lenkung der Daten und Aufzeichnungen

Beauftragte der HTGC

Für bestimmte Aufgabenbereiche sind Beauftragte nominiert, die aktuelle Liste der Beauftragten ist im Laufwerk G:/Information:/Abteilungsbeauftragte gespeichert.

Schulung und Qualifikation

Um die Ziele der HTGC zu erreichen und die Anforderungen und Kundenwünsche erfüllen zu können, ist qualifiziertes und gut motiviertes Personal unerlässlich. Durch die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeiter werden folgende Voraussetzungen sichergestellt:

- Besetzung der Arbeitsplätze mit qualifizierten Mitarbeitern;
- Qualifikation des Personals wird laufend dem Stand der Technik angepasst
- Motivation der Mitarbeiter.

Die Personalplanung und -auswahl wird durch die HTGC Leitung vorgenommen.

Neben einer hohen Motivation der Mitarbeiter sind eine gute Qualifikation und die zielgerichtete Weiterbildung der Mitarbeiter durch Schulungsmaßnahmen unerlässlich. Der Bedarf an Schulungen oder anderer Maßnahmen wird regelmäßig von der HTGC-Leitung ermittelt.

Details zu den Abläufen sind in folgenden Verfahrensanweisungen beschrieben:

Mitarbeitermanagement Pflege

Kongresse 06

Schulung

Motivation

Eine hohe Motivation der Mitarbeiter ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erbringung einer guten Dienstleistung. Die Motivation der Mitarbeiter erhält und erhöht die HTGC- Leitung unter anderem durch

- eine gemeinsame Zielsetzung, wie sie durch die Unternehmensziele und Leitlinien festgelegt sind
- ein individuell abgestimmtes Schulungs- und Weiterbildungsangebot
- Mitarbeiterbesprechungen,
- Anregung und Anleiten zum eigenverantwortlichen Arbeiten

Dabei hat die Berücksichtigung der in Gesprächen und schriftlich geäußerten Kritik und der Anregungen einen besonders hohen Stellenwert. Die Vorschläge der Mitarbeiter bilden eine Grundlage für die Optimierung der Arbeitsvorgänge.

Fort- und Weiterbildung

Die Berufsausbildung ist die Grundlage für die Qualifikation der Mitarbeiter. Darauf aufbauend sichert eine gezielte Weiter- und Fortbildung die Aktualität der Qualifikation.

Die Planung der erforderlichen Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter erfolgt entsprechend der vorhandenen Mitarbeiterqualifikation, den aufgabenspezifischen Erfordernissen und den gesetzlichen Forderungen aus dem GuKG durch die HTGC- Leitung und wird im Schulungsplan dokumentiert. In der Regel erfolgt die Schulung durch eigene qualifizierte Fachkräfte sowie auch durch die Teilnahme an externen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die Genehmigung der Schulung erfolgt durch die HTGC-Leitung. Die Schulungsmaßnahmen sind im Schulungsplan (Pflichtschulungen) bzw. im Kongresskalender festgelegt.

In einem zeitlich angemessenen Abstand nach der Schulung wird die Wirksamkeit der Schulung von der Führungsgruppe entsprechend dem Schulungsinhalt überprüft. Das Ergebnis fließt in die weitere Planung mit ein.

Dokumentation

Der Umgang mit der Dokumentation und allen Unterlagen erfolgt planmäßig und systematisch im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems. Hierbei handelt es sich um Dokumente und Aufzeichnungen (Handbuch, Formulare, Richtlinien, Gesetze etc.) und Aufzeichnungen (Protokolle etc.). In der HTGC erfolgt die Lenkung der QM-Dokumente im hausweiten AENEIS/KDM-System, Aufzeichnungen liegen im Abteilung-Laufwerk G (Schreib- und Leseberechtigungen) auf.

Der Ablauf folgt der entsprechenden hausweiten Regelung:

Die Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft (KABEG) in Kärnten arbeitet mit der elektronischen Dokumentenlenkung (KDM) der Fa. HYPERWAVE.

Die Einführung eines umfassenden elektronischen Dokumentenmanagement- Systems im LKH Klagenfurt vermeidet die Nachteile der papiergebundenen Arbeit und bringt stattdessen Mehrwert durch erhöhte Zugriffssicherheit.

Dokumente

Als Dokumente werden sämtliche Unterlagen bezeichnet, die Vorgaben, Forderungen oder Ablaufregelungen zum Managementsystem enthalten. Sie stellen Vorgabedokumente dar. Beispiele sind u.a. Prozessbeschreibungen, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen sowie Pläne Zeichnungen und leere Formulare. Ungültige Dokumente werden gem. der eingestellten Archivierungsdauer, die sich wiederum von den gesetzlichen Vorgaben ableitet, aufbewahrt.

Aufzeichnungen

Aufzeichnungen sind schriftliche Unterlagen zu ablaufenden oder abgelaufenen Prozessen für alle Bereiche des Managementsystems. Sie dienen im Gegensatz zu den Dokumenten dazu, die Erfüllung von Forderungen nachzuweisen und die Wirksamkeit des Managementsystems zu bestätigen. Aufzeichnungen sind z. B. Analyseergebnisse, Labor- und Prüfberichte, Auditberichte, Besprechungsprotokolle und ausgefüllte Formulare.

Dokumentenarten: (für Dokumente und Mustervorlagen)

Diese sind im Auswahlfeld der KDM Drop Box definiert. Zur besseren Orientierung sind die Dokumentenarten Checkliste, Formular und Protokoll nochmals genauer beschrieben.

Checkliste:

Liste von Vorgaben, die zwecks Erledigung einer Aufgabe zu erfüllen sind. Eine Checkliste dient der Planung und Sicherstellung der Qualität eines Deliverables (d.h. Prüfbares Arbeitsergebnis einer Aufgabe). Sie sollte im Sinne der Selbstorganisation durch die unmittelbaren Aufgabenverantwortlichen angewendet werden. Eine einzelne Vorgabe (Punkt einer Checkliste) adressiert in der Regel die Frage WAS gemacht werden soll, nicht aber WIE es gemacht werden soll.

Formular:

Ein Formular ist ein standardisiertes Erfassungsinstrument für Daten, das entweder in Papier- oder elektronischer Form (z.B. Web-Formular) vorliegt.

Protokoll:

Niederschrift einer Verhandlung, einer Diskussion oder eines Ereignisses im Verlauf (Verlaufsprotokoll) oder im Ergebnis (Ergebnisprotokoll).

Dokumentenname: (für Dokumente und Mustervorlagen)

Die in früheren Ausgaben definierte Namenskonvention ist nicht mehr gültig. Der Dokumentenname kann frei gewählt werden.

Dokumenteneigenschaften: (für Dokumente und Mustervorlagen)

Die Dokumenteneigenschaften sind über die Drop Box des KDM definiert. Am Dokument selbst müssen folgende Eigenschaften vorhanden sein:

- Das Speicherdatum
- Der Dokumentenname
- Seite x von y

Archivierungsdauer: (für Dokumente und Mustervorlagen)

Grundsätzlich gilt:

- + Vorgabedokumente besitzen die gleiche Archivierungsdauer wie die daraus resultierenden Aufzeichnungen.
- + Wenn das Vorgabedokument Teil der Krankengeschichte ist oder/und dieses direkt oder indirekt auf den Heilungs- und Pflegeprozess Einfluss hat, dann gilt für dieses Vorgabedokument dieselbe Archivierungsdauer wie für die Krankengeschichte bzw. Patientenakte selbst

Zusätzlich liegt eine Richtlinie „Aufbewahrung von Aufzeichnungen“ für die HTGC vor.

Klinische Prozesse

Station

Der stationäre Bereich der HTGC stellt sich wie folgt dar:

- Station K (Station 3801 im 5. Stock)
- Interdisziplinäre Klassestation (Station 3806 im 6.Stock), 4 Betten für HTGC Patienten
- Interdisziplinäre IMC-Station (Station 3809 im 2. Stock), 3 Betten für HTGC Patienten

Der stationäre Ablauf ist zur Erfüllung der Aspekte der PatientInnenorientierung aus Sicht der PatientInnen beschrieben. Zur weitergehenden Detaillierung der jeweiligen Tätigkeiten gibt es weiterführende Beschreibungen, wie Teilprozesse, Checklisten etc. In diesen Dokumenten sind sowohl berufsgruppenübergreifend, wie auch fachspezifische Inhalte geregelt.

Details zu den Abläufen sind in folgende Richtlinie beschrieben:

Stationärer Prozess

Ambulanz

Die Ambulanz der HTGC ist in der chirurgischen Ambulanz im Erdgeschoss eingegliedert (Ambulanz 3850). Neben der Akutversorgung handelt es sich in erster Linie um eine Terminambulanz. Die Ambulanz ist wichtig für Erstkontakte, aber auch für postoperative Verlaufskontrollen.

Details zu den Abläufen sind in folgender Richtlinie beschrieben:

Ambulanter Prozess

OP-Bereich

Wie bei jedem chirurgischen Fach stellt der OP-Bereich einen wichtigen Arbeitsbereich der Abteilung dar.

Da der OP-Bereich interdisziplinär organisiert ist und nicht in die alleinige Verantwortung der HTGC fällt, wird dieser Bereich in diesem QM-System nicht erfasst.

Die Schnittstellen und erforderlichen Vorbereitungen sind im QM-System enthalten und finden sich im stationären Prozess bzw. in den Schnittstellenbeschreibungen wieder.

Beraten der Kunden

Die Beratung der internen und externen Kunden erfolgt durch Mitarbeiter der HTGC. Die Fachinformationen sind über das QM-Tool für den internen Kunden abrufbar.

Interne Supportaufgaben

Abteilungsadministration

Die Abteilungsadministration wird durch das Sekretariat wahrgenommen. Inhaltlich werden die Aufgaben und dort erledigten Tätigkeiten in administrative und patientenrelevante Administration gegliedert.

In den Bereich der administrativen Tätigkeiten fallen sämtliche mit der internen Organisation in Zusammenhang stehende Aufgaben. Für einige dieser Tätigkeiten, wie z.B. die Diensterteilung und die Urlaubsplanung, wurden eigene Richtlinien erarbeitet:

Dienstplanerstellung Ärzte

Urlaubsplanung Ärzte

In den Bereich der patientenrelevanten Administration fallen sämtliche unmittelbar mit dem Patienten in Zusammenhang stehende Aufgaben. Dies betrifft diverse Anträge und Abrechnungen bis hin zur Archivierung der Krankengeschichten.

Richtlinien existieren für:

Arztbriefgestaltung

Leistungs- und Diagnoseerfassung

Op Programmterstellung

Rehabilitationsanträge Selbstzahler

Zwischenbericht Privatversicherung

Administrativer Krankengeschichtenabschluss

Support

Eine Vielzahl von Dienstleistungen sind erforderlich, um die Hauptaufgaben der HTGC erledigen zu können. Der Großteil dieser notwendigen Abläufe wird durch andere Abteilungen erbracht. Um die Wirksamkeit dieser externen Leistungen sicherzustellen, wurden Schnittstellenbeschreibungen erarbeitet.

Schnittstellen zum klinischen Bereich

Folgende Schnittstellen zu anderen klinischen Bereichen wurden geregelt.

- Übernahme von Pulmologie: regelt die Übernahme von Patienten von der Pulmologie für thoraxchirurgische Interventionen
- Übernahme aus dem AWZ: regelt die Übernahme von Patienten aus dem Aufwachzimmer der Abt. f. Anästhesie
- Verlegung in den Operationssaal: regelt die Verlegung von Patienten in den Operationssaal
- Übernahme von der Intensivstation: regelt die Übernahme von Patienten von der Intensivstation der Abt. f. Anästhesie
- Übernahme von Fremdadteilung: regelt die Übernahme von allen nicht näher definierten Abteilungen des LKH Klagenfurt
- Vorstellung an einer Fremdadteilung: regelt die Vorstellung eines Patienten an einer nicht näher definierten Fremdadteilung
- Zentrallabor LAURIS: regelt die Zusammenarbeit mit dem Zentrallabor (Institut für medizinisch-chemische Labordiagnostik) seit der Einführung des LAURIS-Systems
- Röntgen-Befund: regelt die Erhebung eines nicht näher definierten radiologischen Befundes
- Interventionelle Radiologie: regelt das Zustandekommen eines radiologisch-interventionellen Eingriffs
- Nuklearmedizin: regelt die Zusammenarbeit mit der Abteilung für Nuklearmedizin

Schnittstellen zum kaufm.-techn. Bereich

Folgende Schnittstellen zu kaufmännisch-technischen Bereichen wurden geregelt.

- Beschaffung
- Logistik
- Einkauf
- Haustechnik
- Küche Speisenanforderung
- Küche Küchenfassung
- Medizintechnik
- Zentralsterilisation
- Wäschedepot
- Objektleitung
- Apotheke
- Zentraler Scan- und Archivierungsdienst

Schnittstellen zu LKH KLU Stäben

Folgende Schnittstellen zu Stabsabteilungen des LKH Klagenfurt wurden geregelt.

- Schnittstellenbeschreibung zwischen der Stb QM und der HTGC

Qualitätssicherung

Prüfungen der Prozesse und der Dienstleistung

Die Prozessprüfungen erstrecken sich auf den Bereich der klinischen Prozesse. Die Beurteilung der Effektivität und der Effizienz der Klinischen Kernprozesse erfolgt durch interne Audits und / oder Datenanalysen. Ebenso erfolgen umfassende Kontrollen diverser qualitätssichernder Vorgaben.

Details zu den Abläufen sind in folgenden Verfahrensanweisungen beschrieben:

Messen und Prüfen

Umgang mit Fehlern

Der aktive Umgang mit Fehlern ist ein Zeichen der HTGC-Leistungsbereitschaft. Die Abteilung lebt von guten Ideen und Fehlersensibilität ihrer Mitarbeiter. Es ist sehr wichtig, dass alle Mitarbeiter bemüht sind, gute Ideen in die Abteilung einzubringen. Das HTGC-Management ist seinerseits sehr bemüht, die guten Ideen der Mitarbeiter zum optimalen Nutzen der Patienten, der Abteilung und der Mitarbeiter zur Wirkung zu bringen.

Im Umgang mit Hilfs- und Betriebsstoffen gilt, dass festgestellte Abweichungen (z. B. Beschädigungen, Verfall, Fehlmengen) von hausinternen Lieferanten (wie z.B. Zentralmagazin / Apotheke / Wäscherei) umgehend reklamiert werden. Auch bei diesem Vorgehen steht die Vermeidung des Wiederholungsfehlers im Vordergrund.

Festgestellte Abweichungen bei medizinischen / pflegerischen / medizin-technischen Dienstleistungen werden in den prozessbegleitenden Dokumenten, gekennzeichnet / vermerkt. Die Entscheidung über das weitere Vorgehen fällt die HTGC- Leitung.

Bei der Entlassung der Patienten von der HTGC.

Die Vollständigkeit der diagnostischen Abklärung und des weiteren therapeutischen Procederes werden in diesem Rahmen nochmals einer Prüfung durch den behandelnden Arzt bzw. die Pflege unterzogen und in einer bereichsweise abgehaltenen Diskussionsrunde analysiert, bewertet und alternative Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die Entscheidung über das weitere Vorgehen fällt die HTGC- Leitung.

Patienten- und Kundenreklamationen (nicht über das LKH KLU Beschwerdemanagement) die die Qualität der HTGC - Dienstleistung betreffen, werden umgehend vom jeweiligen Prozessverantwortlichen überprüft.

Prozessreklamationen (z. B. Wartezeiten) werden ebenso wie medizinische / pflegerische / medizintechnische Reklamationen möglichst verursachungsnahe überprüft. In beiden Fällen erhält der Patient / Kunde Antwort über sofort eingeleitete Maßnahmen und/oder langfristige Fehlerkorrekturen.

Details zu den Abläufen sind auch in der entsprechenden Richtlinie beschrieben: Umgang mit Fehlern

Gute Ideen Programm (GIP)

Die HTGC lebt von den guten Ideen ihrer Mitarbeiter. Es ist sehr wichtig, dass alle Mitarbeiter bemüht sind, gute Ideen in die Abteilung einzubringen. Das HTGC - Management ist seinerseits sehr bemüht, die guten Ideen seiner Mitarbeiter zum optimalen Nutzen der Kunden, der Abteilung und der Mitarbeiter zur Wirkung zu bringen. Gute Ideen sind alle Vorschläge von Mitarbeitern, die dazu beitragen Fehler zu vermeiden und/oder deren Ursache zu beseitigen. Diese Guten Ideen können sich auf Korrektur-, Vorbeuge-, und Verbesserungsmaßnahmen beziehen.

Abteilungsinterne Themen/Probleme können formell über das abteilungsinterne GIP oder informell auf direktem Wege mit dem unmittelbaren Vorgesetzten ohne weitere Aufzeichnungen bearbeitet werden.

Für abteilungsübergreifende Probleme ist primär das abteilungsinterne oder das LKH-weite GIP anzuwenden.

Die Details zur Durchführung an der HTGC sind in folgender Verfahrensanweisung beschrieben:
Verbesserung HTGC

Weiters finden sich Grundsätze zu den Abläufen auch im LKH-weiten „Gutes Ideen Programm“.

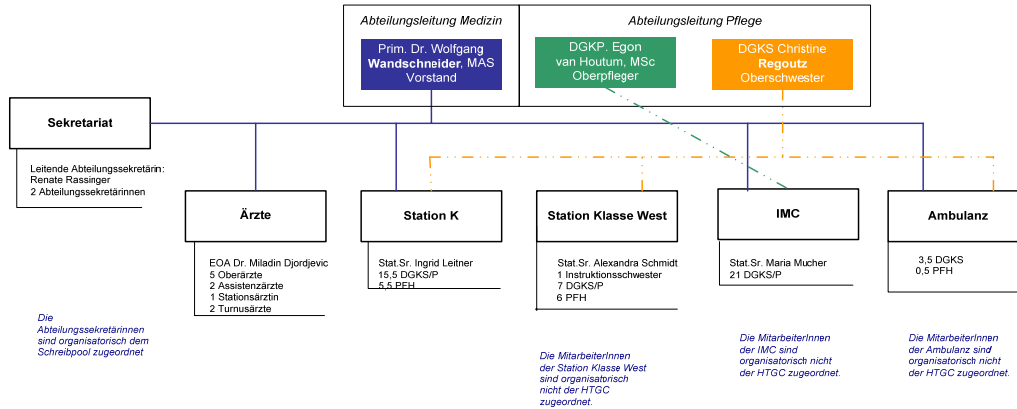
Bewertung des QM-Systems durch die HTGC- Leitung

Die HTGC- Leitung prüft und bewertet das Qualitätsmanagementsystem einmal jährlich im Überblick. (Management Review). Dazu stehen ihr die Berichte über Audits, Qualitätsprüfungen (z.B. Checklisten), Reklamationen, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Lieferantenbewertungen, Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen, Qualitätsberichte und der Zielekatalog sowie regelmäßiger Qualitätsgespräche zur Verfügung.

Das Ergebnis wird protokolliert und ist der Führungsgruppe zugänglich. Die für die Mitarbeiter relevanten und erforderlichen Inhalte werden im jeweiligen Zuständigkeitsbereich (Medizin, Pflege) hierarchisch weitergeleitet.

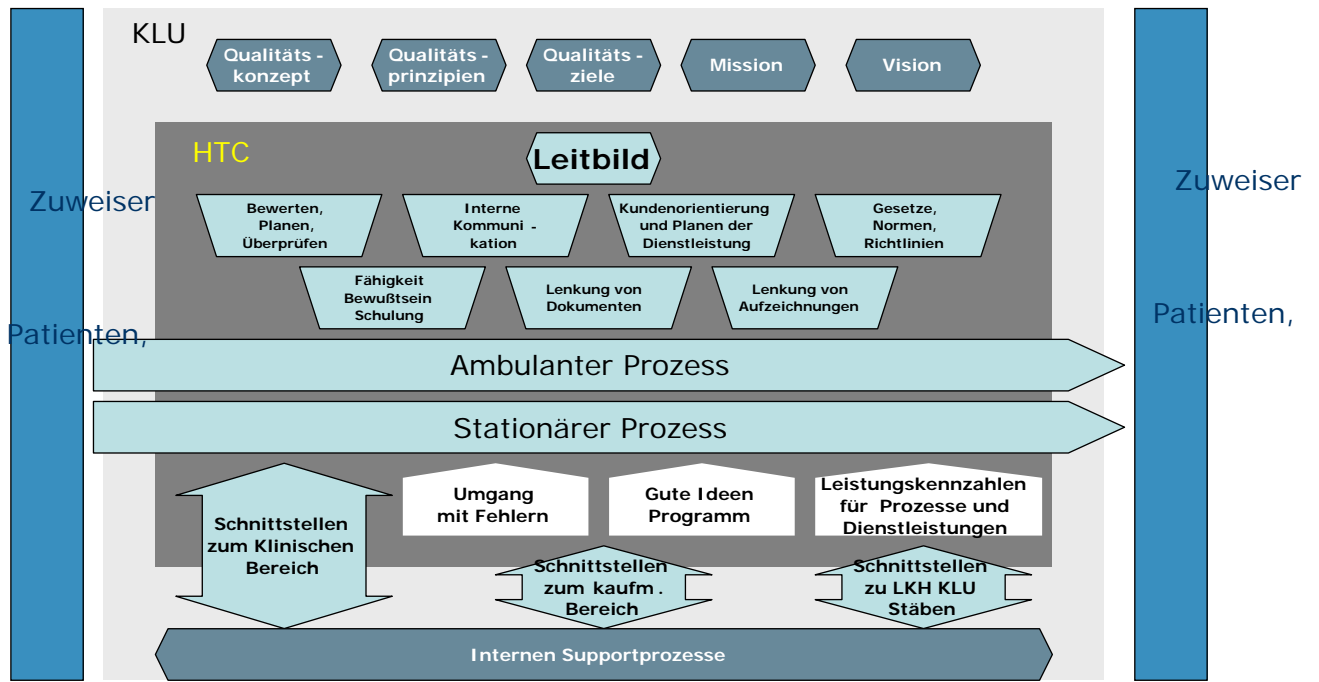
Anhang

Organigramm



Stand: 16.05.2007

Prozesslandkarte HTGC



Stand: 22.3.2006