



LANDESKRANKENHAUS FELDKIRCH JAHRESBERICHT 2019 ABTEILUNG QUALITÄTSSICHERUNG (QSK)

Leiter: Susanne Domig

Website: www.landeskrankenhaus.at

Personalbesetzung zum 31.12.2019

Mitglieder der QSK:

Domig Susanne	Leitung
Bohner Wolfgang	Rechtsträger
Di Vora Andrea	Medizinisch-technischer Dienst
Hirschmann Hans MPH	Hygiene
Ranta Michaela Dr.	Ärztlicher Dienst
Scherer Alexander	Pflegedienst
Sturn Heinz Dr. Mag.	Krankenhausverwaltung
Wozasek Kathrin Mag.	Qualitätssicherung

Bericht

1. Aufgaben der Qualitätssicherungskommission (QSK):

Gemäß § 31 Abs. 3 VlbG. SpG ist in jeder bettenführenden Krankenanstalt eine Qualitätssicherungskommission einzurichten, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Der Kommission haben zumindest je eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, der Krankenhausverwaltung und des Rechtsträgers der Anstalt anzugehören.

Die Aufgaben der Qualitätssicherungskommissionen der Vorarlberger Landeskrankenhäuser sind im QSK-Handbuch (Freigabe am 30.06.2009, Intranet LKH) beschrieben und bestehen im Wesentlichen aus folgenden Aufgabenfeldern:

- Maßnahmen der Qualitätssicherung initiieren, fördern und unterstützen
- Die Krankenhausleitung in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten und konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln

Die Aufgaben wurden durch die Mitglieder der QSK wahrgenommen und durch Aufträge und Projektvorgaben von der Krankenhausleitung bestätigt.

2. Internes Qualitätsaudit:

Der Fragebogen und die Vorgehensweise wurden durch die QSK erstellt.

Thema: LKHx OA „*Vorkehrungen für den Ausfall versorgungsrelevanter IT Systeme*“

Das Audit wurde von einem Mitglied der QSK durchgeführt. Die Vorgaben der LKHx OA „*Vorkehrungen für den Ausfall versorgungsrelevanter IT Systeme*“ wurden durchgehend in allen Bereichen umgesetzt, es gab keine Beanstandungen.

3. Projekte und Aufträge:

Abgeschlossen:

- Überarbeitung der LKHF OA „*Steigerung der Sicherheit von Patienten bei therapeutischen und diagnostischen Eingriffen*“ auf Version 2
- Ausarbeitung der Sicherheitsbegehung für Führungskräfte
- Überarbeitung der LKHF OA „*PatientInnenidentifikation*“ auf Version 1.2.
- Erstellung der LKHF OA „*Umgang mit vom Patienten mitgebrachten Medikamenten*“ LKHF
- Datenschutz: Informationskampagne mittels Poster; Implementierung von Aktenvernichtern in den Mitarbeiterumkleiden
- Erarbeitung des Fragebogens zur Evaluierung der Umsetzung LKHx OA „*Dokumentation der Aufklärung und Zustimmung zu invasiven Untersuchungen und Operationen*“
- Erstellung und Implementierung einer Leitlinie zur Venösen Thromboembolie Prophylaxe
- Maßnahmensetzung zur Verhinderung von unbeabsichtigten Opiatboli in Zusammenhang mit Schmerzpumpen

In Bearbeitung:

- Arztbrief bei Entlassung – Evaluierung der Umsetzung gesetzlichen Rahmenbedingungen (Spitalgesetz) am LKHF
- Monatliche Stichproben OP-Sicherheits-Checkliste: Seit März 2019 ist im LKHF die Version 5 der OP-Sicherheits-Checkliste AN (Allgemeinanästhesie) und die Version 1 der OP-Sicherheits-Checkliste LA (Lokalanästhesie) in Verwendung. Diese Umstellung ging auch mit einer Änderung im Ablauf einher. Die Punkte 5 und 6 werden seit März 2019 von der OP-Pflege (unsterile Hilfe) abgefragt und dokumentiert. Aufgrund dieser Änderungen wurden im März 2019 die Stichproben ausgesetzt. Insgesamt wurden 2019 363 Stichproben (AN/LA) gezogen. Die



Auswertung erfolgte monatlich durch die QS. Der sich daraus ergebende Bericht wurde jeden Monat an die Krankenhausleitung und die Abteilungsleitungen übermittelt. Wenn eine OP-Sicherheits-Checkliste beanstandet wurde, erfolgte durch die QS eine Aufforderung zur Stellungnahme (Ablauf: QS => Vorgesetzter => Mitarbeiter => Vorgesetzter => QS). Die Stellungnahmen wurden durch die QS überprüft und bei Handlungsbedarf an den Chefarzt bzw. Pflegedirektor übergeben.

- OP-Sicherheits-Checkliste AN / LA: Diese wurden auf Aktualität überprüft und auf AN Version 6 und LA Version 2 mit Gültigkeit ab 01.04.2020 adaptiert.

Statistiken

1. Gremien:

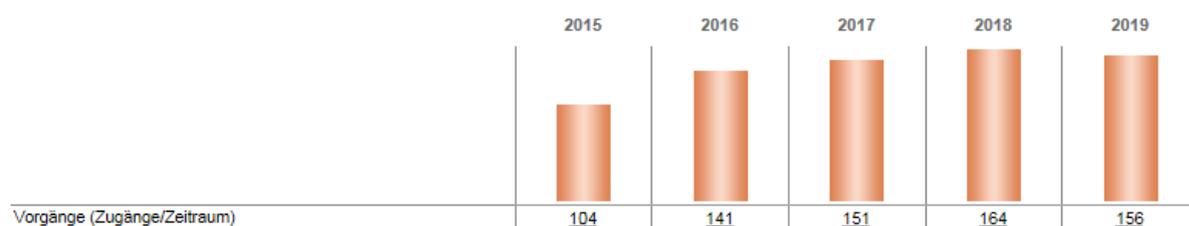
QSK: 9 Sitzungen (monatlich), 3 Sitzungen sind urlaubs- bzw. krankheitsbedingt nicht zustande gekommen

CIRS Erfahrungstreffen: Sitzungen finden quartalsmäßig statt

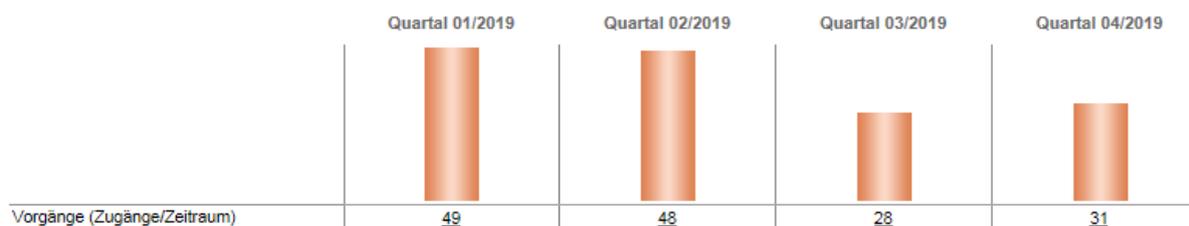
Critical Incident Reporting System (CIRS):

- Meldekreise: 37
- CIRS-Manager: 11
- CIRS-Beauftragte: 63
- Meldungen gesamt: 156

Statistik CIRS:



Hinweis: Die Höhe der Diagrammbalken wird immer in Relation zum größten Wert des betrachteten Zeitraums dargestellt.



Hinweis: Die Höhe der Diagrammbalken wird immer in Relation zum größten Wert des betrachteten Zeitraums dargestellt.



Status:

	2015	2016	2017	2018	2019
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> offen				<u>2</u>	
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> in Bearbeitung		<u>1</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>32</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> erledigt	<u>104</u>	<u>140</u>	<u>150</u>	<u>158</u>	<u>124</u>

= multiple choice = single choice

Lösungskategorie:

	2015	2016	2017	2018	2019
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Schulung / Information	<u>33</u>	<u>42</u>	<u>45</u>	<u>41</u>	<u>49</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Prozessverbesserung	<u>15</u>	<u>52</u>	<u>34</u>	<u>28</u>	<u>24</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Baumaßnahme	<u>3</u>		<u>7</u>	<u>4</u>	<u>1</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Neubeschaffung / Reparatur / Infrastruktur	<u>11</u>	<u>7</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>7</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> keine Lösung möglich	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>6</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> keine CIRS Meldung	<u>13</u>	<u>13</u>	<u>15</u>	<u>20</u>	<u>24</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Vorgang an Abteilungsleitung übergeben	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>6</u>	<u>1</u>
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Vorgang an Krankenhausleitung übergeben	<u>6</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> sonstige Lösung	<u>16</u>	<u>13</u>	<u>19</u>	<u>29</u>	<u>13</u>

= multiple choice = single choice

Meldestatistik nach Organisationseinheit:

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
LKH Feldkirch gesamt	122	104	141	152	167	156
Allgemein und Thoraxchirurgie	6	10	9	4	6	4
Ambulanz Ost	5	6	11	3	32	19
Ambulanz West		1	1	9	1	1
Anästhesie	6	6	8	5	7	12
Apotheke	1	1			2	3
Augenheilkunde	2	2	2			4
CIRS-Leitung LKHF	4	15	18	40	32	23
Derma- und Venerologie	1				1	2
Gefäßchirurgie		1	1	1	1	
Gyn- und Geburtshilfe	3	4	7	3	5	1
Hauswirtschaft				2		2
HNO	8	6	4	12	11	12
Interne 1	2	3	1	2	5	11
Interne 2	4	7	3		2	2
Interne 3				1		
Interne E	2		2			1
Intensivstation	5	6	2	2	2	3
Interdisziplinäre Abteilung West					1	1
Interne Maria Rast				1		
Kinder- und Jugendheilkunde	25	13	23	12	14	21

Kinder-Intensiv	10	4	1	12	9	5
Krankentransport	2	1	5	3	2	
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	3	1		1	4	
Nephrologie	1	1			1	
Neurochirurgie	1		1	1	3	3
Nuklearmedizin	1		3	2	1	1

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
OP-Cluster 1 (ehem. OP-Ost)	4	3	1	10	2	4
OP-Cluster 2 (ehem. OP-West)	2	2	16	8	4	8
Orthopädie			3	1	3	1
Pathologie	1	1	3	1	3	
Physik. Medizin u. Rehabilitation						
Plastische Chirurgie	1	3		1		1
Radiologie	10	1	4	5	3	1
Radioonkologie	2	3	2	1	1	1
Strahlentherapie						
Technik-Medizintechnik	1	2	2	1	6	6
Unfallchirurgie	3		1	1	2	1
Urologie	6		6	6	1	2

Änderungen CIRS 2019:

Die Meldekreise OP-West bzw. OP-Ost wurden in OP-Cluster 1, 2 und 3 aufgeteilt. Dies entspricht der neuen Einteilung im Zentral-OP.

2. Qualitätssysteme:

Obligatorisch:

Bereich	Auflage	Überprüfung durch:	Datum
Kinderwunschzentrum	Periodische Betriebsprüfung gem. § 26 Abs. 1 GSG	AGES	28./ 29.1.2020 ¹
Strahlentherapie Blutbestrahlung	Periodische Betriebsprüfung gem. § 67 AMG mit Bewilligung gem. § 63 AMG	AGES	6.6.2019
Urologie Testikuläre Spermienextraktion (TESE)	Periodische Betriebsprüfung gem. § 26 GSG mit Bewilligung Gem. § 22 (1) GSG	AGES	29.1.2020 ¹

Fakultativ:

¹ Für 2019 geplant durch Ages auf 2020 verschoben

Bereich	Qualitätssystem	Überprüfung durch:		Datum
LKHF gesamt	ÖKOPROFIT	Ökoprofit Vlbg.		Mai 2019
Brustzentrum Vorarlberg am LKHF	Doc-Cert: Brustgesundheitszentrum	Externes Audit	Doc-Cert	2.-4.12.2019
		Internes Audit	Mag. Wozasek K.	22.1.2019
Küche	Austria Bio Garantie	Externes Audit	Austria Bio Garantie GmbH	21.11.2019
Endometriose Zentrum	EuroEndoCert	Externes Audit	EuroEndo Cert	____ ²
Gefäßchirurgie	Qualitätssicherung in der Gefäßchirurgie durch die GÖG ³ Start mit 2017 (Eintrag in die Datenbank erfolgt durch Prim. Hofmann); Berichte für 2017 und 2018 liegen vor.			
HNO	ISO 9001:2015	Verlängerungsaudit	Quality Austria	20.8.2019
		Internes Audit	Dr. Sögner P.	15.4.2019
Kinderwunschzentrum	ISO 9001:2015	Überwachungsaudit	Quality Austria	29.7.2019
		Internes Audit	Mag. Wozasek K.	13.2.& 21.2.2019
Urologie	ISO 9001:2015	Überwachungsaudit	Quality Austria	29.-30.7.2019
		Internes Audit	Dr. Sögner P.	6.11.& 13.11.2019
Zentrum für Gynäkologische Tumore	Doc-Cert	Externes Audit	Doc-Cert	2.-4.12.2019 ⁴
		Internes Audit		____ ⁴

²Nächstes Audit 2020 (Zertifikat gültig bis 31.3.2020)

³ GÖG...Gesundheit Österreich GmbH

⁴ Erstaudit: Zertifizierung ist noch nicht abgeschlossen => erstes Internes Audit für 2020 geplant

In den durchgeführten Audits wurde nachgewiesen, dass sämtliche Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Die Abteilungen sind dadurch berechtigt, die Zertifikate weiter zu führen.