

2018

Bericht des Qualitäts- und Riskmanagements



Inhalt

Willkommen im Qualitäts-und Risikomanagement der SALK!	2
Risikoaudits	4
Vergleichsdaten	9
Gefahrenliste	10
Ausbildung RisikomanagerInnen.....	12
SALK – Selbsthilfefreundliches Krankenhaus	13
Tag der seltenen Erkrankungen (Rare Disease Day Salzburg).....	15
Bearbeitung medizinischer Schadensfälle.....	16
Gesetzliche Qualitätsberichterstattung	17
Zentrales Beschwerdemanagement der SALK.....	18
CIRS – Meldesystem für kritische Ereignisse	19
Zentrales Befragungsmanagement.....	21
Dokumentenmanagement.....	23
Beantwortung von Fragen zu den Themen Haftungsrecht / Berufsrecht / Strafrecht / PatientInnenrechte	24
Internationaler Tag der Patientensicherheit	28
Publikationen des Qualitäts- und Risikomanagements der SALK	28
Qualitätssicherungskommissionen (QSK)	29
Leistungsbericht der Krankenhaushygiene für das Jahr 2018.....	30

Willkommen im Qualitäts-und Risikomanagement der SALK!

Das Universitätsklinikum Salzburg (mit den Standorten LKH und CDK) und die Landeskliniken St. Veit, Hallein und Tamsweg bieten eine Vielfalt an Diagnostik und medizinische sowie pflegerische Behandlungen auf hohem Niveau.

Auch in unseren Werten wird dies bestätigt: „Wir stellen die Würde des Menschen in den Mittelpunkt und sichern eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung“. Dazu haben wir mit dem Geschäftsführer unsere Qualitätspolitik definiert. Ich lade Sie herzlich ein, diese auf der Homepage des Qualitäts- und Riskmanagements nachzulesen.

Wir stellen dort nicht nur die PatientInnen in den Fokus, sondern auch die MitarbeiterInnen –

Qualität und Sicherheit für PatientInnen und MitarbeiterInnen kann nur gemeinsam gestaltet werden.

Dies sind wir stets bestrebt, permanent zu unterstützen und weiter zu entwickeln, weil unsere Vision ist, dass klinisches Risiko- und Qualitätsmanagement selbstverständlicher und gelebter Bestandteil aller Arbeit wird.

Da im Bundesqualitätsgesetz die flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im Österreichischen Gesundheitswesen festgelegt und beispielweise durch die laufende Qualitätsberichterstattung kontrolliert wird und dort auch der Begriff „PatientInnensicherheit“ hinterlegt ist, ist QM/RM mittlerweile nicht mehr *nice to have*, sondern mit hoher Verantwortung einzurichten, zu kontrollieren und nachhaltig zu betreiben, was eindeutig Führungsaufgabe ist.

Ein Teil dieser Führungsaufgabe ist es auch, die zertifizierten RisikomanagerInnen an den Kliniken zu unterstützen, was vor allem heißt, die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen und diese wertvolle Arbeit in den Klinikalltag mit Respekt einzubauen.

Wichtig ist dabei, dass QM/RM für alle MitarbeiterInnen klar zugänglich und überschaubar ist. Das mittlerweile gut etablierte Dokumentenmanagementsystem erlaubt das leichtere Abrufen von Richtlinien, Geschäftsordnungen, Dienstanweisungen etc., die verbindlich sind, da sie jederzeit haftungsrechtlich relevant werden können und deren Nichteinhaltung eine Dienstpflichtverletzung darstellt.

Wir unterstützen aber auch mit Qualitätszirkeln, Ausbildungen im Hause, Fortbildungsveranstaltungen und RisikomanagerInnen-Vernetzungstreffen und sind in fast allen Kommissionen der SALK beratend vertreten. Ohne all dies bisher Erwähnte, wäre zum einen der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nicht mehr möglich und zum anderen freuen wir uns über immer wiederkehrende Reduktionen der Versicherungssumme bzw. Gewinnbeteiligungen, die wir dann wieder in risikominimierende Maßnahmen investieren können.

Wir können mittlerweile stolz auf unsere Kooperation mit den dezentralen RisikomanagerInnen, CIRS-Vertrauenspersonen, Mitgliedern in den Kommissionen und den risikobewussten MitarbeiterInnen der SALK sein.

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei allen recht herzlich!

Zum Schluss noch ein kleiner Ausblick auf 2019:

Es wird wieder eine Grundausbildung zum zertifizierten/zur zertifizierten RisikomanagerIn geben, es wird weiters den Lehrgang zur Erhaltung der Zertifikatsgültigkeit, weitere RisikomanagerInnenvernetzungstreffen und unangekündigte Risikoaudits geben. (Alle Angebote sind im Katalog der Fort- und Weiterbildungsakademie zu finden)

Damit nicht nur die MitarbeiterInnen „an der Front“ laufend auditiert werden, haben auch wir uns dem gestellt und werden 2019, wenn alles gut geht, ISO-zertifiziert sein.

Nachfolgend werden wir 10 Jahre QM/RM als selbständige Abteilung (erst Stabsstelle, dann Bereich der Geschäftsführung) feiern und wie jedes Jahr gemeinsam den PatientInnensicherheitstag begehen.

Nun wünsche ich allen viel Interesse beim Lesen!

Ihre

Univ.-Doz. Dr. Doris Conci, MSc mit Team

Risikoaudits

Im Rahmen des klinischen Risikomanagements hat sich an den SALK schon seit dem Jahr 2011 die regelmäßige Durchführung von Sicherheits- und Risikoaudits durch ein externes Unternehmen (Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH - GRB) etabliert. Mittlerweile haben sich alle Kliniken der Universitätskliniken LKH und CDK sowie alle Abteilungen der Landeskliniken (St. Veit, Tamsweg, Hallein) einem ersten Risikoaudit unterzogen, mit dem die aktuelle Risikosituation dargestellt wird. Der überwiegende Teil der Bereiche hat sich nach aktiver Bearbeitung der im ersten Risikoaudit aufgezeigten Risiken einem Evaluationsaudit gestellt. Um weiterhin die Nachhaltigkeit zu gewährleisten, werden regelmäßig unangekündigte Risikoaudits durchgeführt. Der nachgestellten Tabelle können detaillierte Informationen zum Umsetzungsgrad entnommen werden.

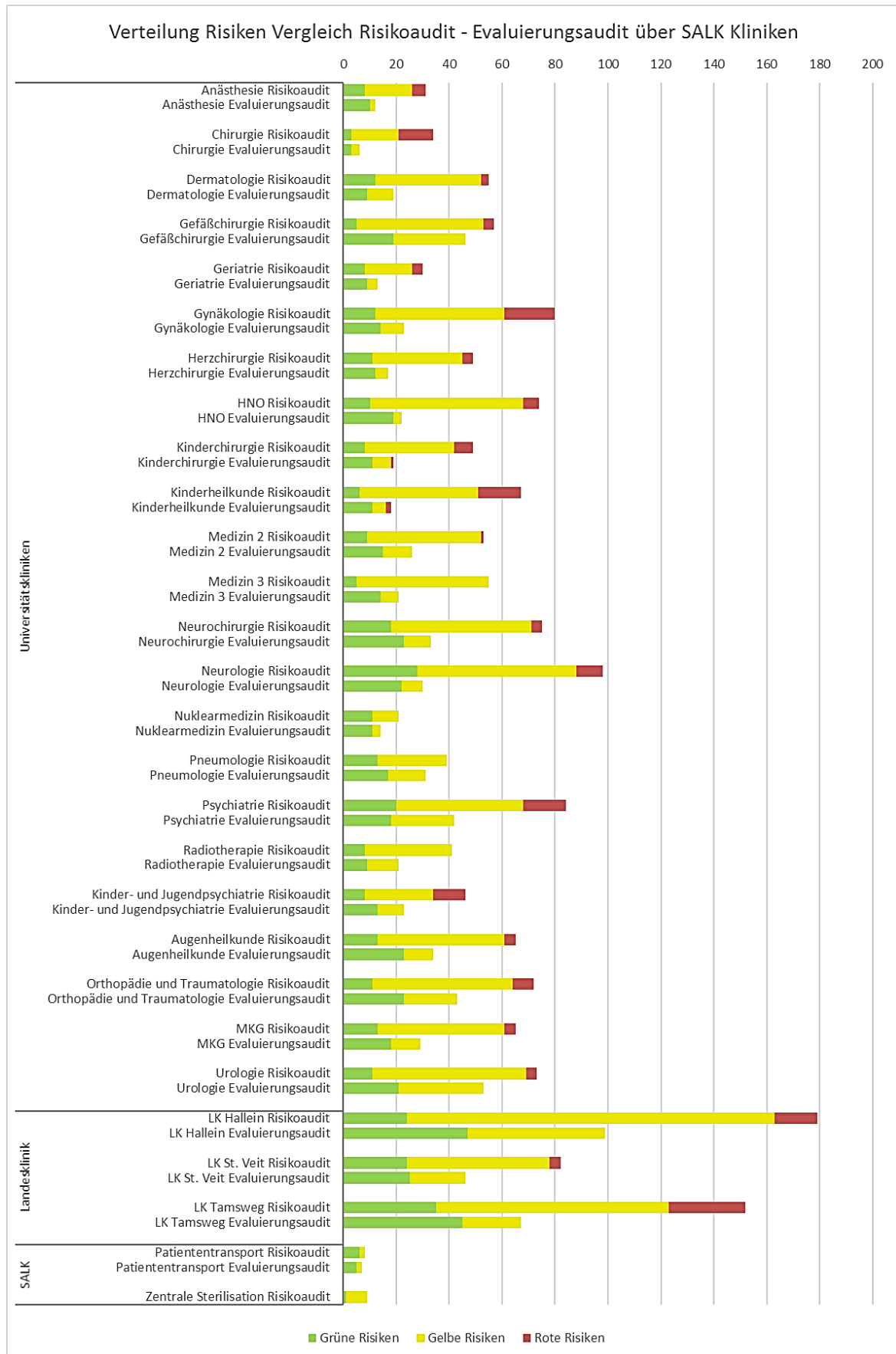
Landeskrankenhaus Salzburg (LKH)					
Klinik	Risiko-Audit	Evaluierungs-Audit	Ø Umsetzung in %	unangekündigte Risiko-Audits	Ri-
UK für Chirurgie	27.-28. 06 2011 und 24. - 25. 08. 2011	28.05.2014	94,9	20.10.2016	
UK für Frauenheilkunde & Geburtshilfe	19.-20. 06.2012	22.-23.07.2014 bzw. 31.7.- 01.08.2014	89,7	16.06.2016	
UK für Anästhesiologie & Intensivmedizin	17.-18. 04.2012	19.11.2014	90,3	15. 06. 2016	
UK für Kinderchirurgie	04.02.2013 und 03.- 04.04.2013	23.09.2015	88,0	28. 03. 2017	
UK für Hals-Nasen-Oh- ren-Krankheiten	27.-28.08.2013	14.04.2016	90,2	02. 03. 2017	
UK für Kinderheilkunde	18.-19.09.2012	16.03.2016	92,5	29. 03. 2017	
UK für Innere Medizin III	13.-14.05.2014	22.09.2015	86,4	14.06.2016	
UK für Herzchirurgie	08.-09.07.2014	30.03.2017	89,3		
UK für Radiotherapie und Radio-Onkologie	15.-16.12.2015	13.12.2016	78,7		
UK für Nuklearmedizin und Endokrinologie	18.-19.08.2015	14. 12. 2016	76,2		
UK für Dermatologie	13.-14.10.2015	11.10.2016	87,3		
UK für Innere Medizin II	29.-30.07.2014	10. 02. 2017	82,5	11.06.2018 (nur ZNA)	
UK für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chi- rurgie	11.-12.1.2016	12.12.2016	72,4	22.10.2018	

Klinik	Risiko-Audit	Evaluierungs-Audit	Ø Umsetzung in %	Unangekündigte Risiko-Audits
UK für Orthopädie	05.-06.08.2014	22.-23.11. 2017	87,5	11.06.2018 (nur ZNA) 23.10.2018 (gesamt)
UK für Unfallchirurgie	01.-02.12.2014	01. 03. 2017	71,2	12.06.2018
UK für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	12.-13.04.2016	26.04.2018	88,1	
UK für Urologie & Andrologie	14.-15. 11.2016	15.05.2018	77,7	
UK für Innere Medizin I	27.-28. 10.2016	offen		
UK für Augenheilkunde & Optometrie	13.-14.10.2016	16.11.2017	85,8	
Christian-Doppler-Klinik (CDK)				
UK für Neurologie	02.-04.8.2011	25.11.2014	90,7	18.10.2016
UK für Neurochirurgie	17.-18.12.2013	30.03.2015	86,0	15.12.2016
UK für Geriatrie	24.-25.10.2013	13.05.2015	86,2	12.10.2016
UK für Psychiatrie und Psychotherapie	6.-8.8.2013	19.10.2016	80,1	
UK für Kinder- und Jugendpsychiatrie	4.-5.6.2014	25.04.2016	87,5	
Landeslinik St. Veit (STV)				
Gesamter klinischer Bereich (inkl. Psychiatrische Rehabilitation)	24.-25.11.2015	21.11.2017	82,7	
Landeslinik Tamsweg (TSG)				
Gesamter klinischer Bereich	26.-28.07.2016	23.08.2017	84,7	
Landeslinik Hallein (HAL)				
Gesamter klinischer Bereich	07.-09.02.2017	04.12.2018	89,1	
SALK				
Patiententransport	12.01.2016	22.10.2018	75,0	
Zentrale Sterilisation	22.07.2014	offen		

Entwicklung der Risikosituation: Vergleich Risikoaudit - Evaluierungsaudit

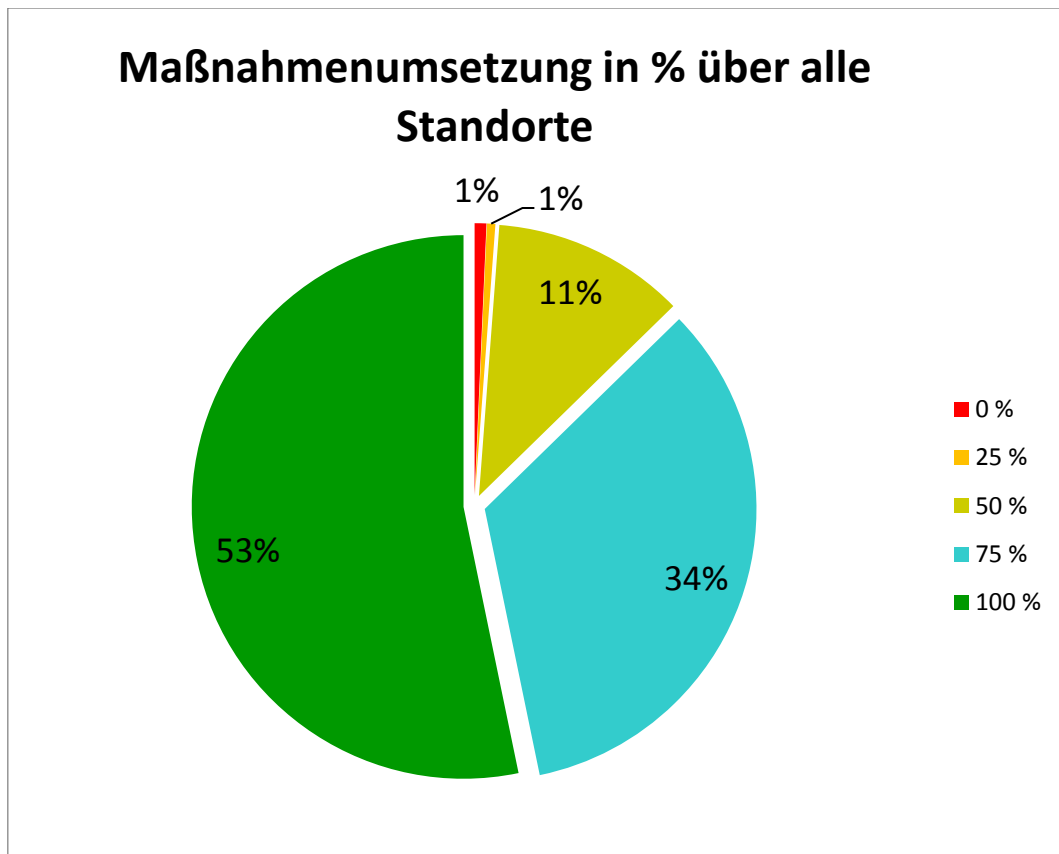
Der nachfolgenden Grafik ist zu entnehmen, wie sich die Risikosituation im Vergleich von Status Risiko-Audit und Status Evaluierungsaudit verändert hat. Zur Visualisierung und Klassifizierung werden die Risiken entsprechend des möglichen Schadensausmaßes und der Eintrittswahrscheinlichkeit den drei

Ampelfarben zugeordnet. Die Farbe „rot“ bedeutet unverzüglicher Änderungsbedarf, „gelb“ signalisiert zeitnahen Änderungsbedarf und für „grün“ ist eine mittelfristige Anpassung vertretbar.



Umsetzungsgrad der Maßnahmen

Der prozentuale Umsetzungsgrad der Maßnahmen wird bei den Evaluierungsaudits in 25 %- Schritten (0 %, 25 %, 50%, 75 % oder 100 %) erhoben. Im Jahr 2018 wurden folgende Evaluierungs-Audits durchgeführt: UK für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, UK für Urologie und Andrologie, Patiententransport und LK Hallein. In der Auswertung des Umsetzungsgrades aller bisher empfohlenen Maßnahmen konnte somit ein durchschnittliches Ergebnis von 84,7 % erreicht werden, wobei zum Erhalt der Urkunde der Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH mindestens 70 % vorgeschrieben sind. Im Detail stellt sich der Umsetzungsgrad der Maßnahmen wie folgt dar:

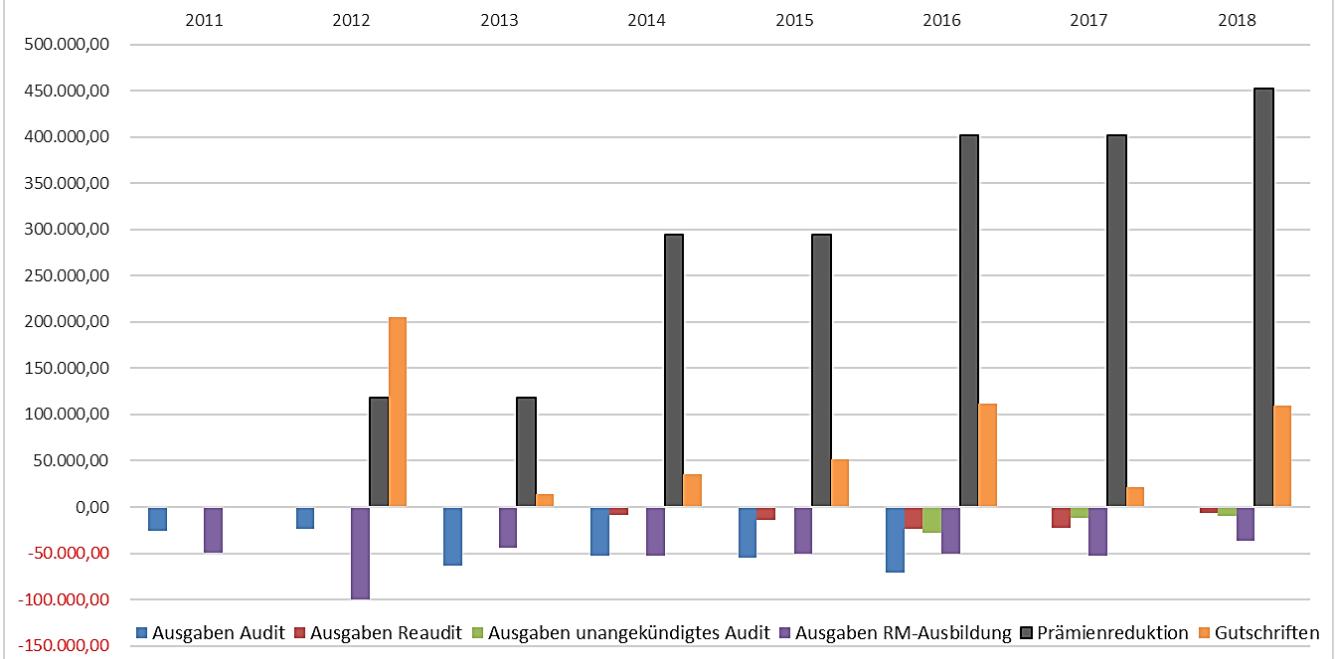


Rentabilität des Risikomanagements

Seit der Einführung des klinischen Risikomanagements in den Jahren 2011/2012 sind für die Ausbildung von RisikomanagerInnen EURO 444.500,- ausgegeben worden. Die Kosten für die von einem externen Anbieter durchgeführten Risikoaudits (bestehend aus Risiko-Audit, Evaluierungs-Audit und unangekündigtem Risikoaudit) betragen bis zum Stichtag Ende Jänner 2019 EURO 424.212,50,-. Das ergibt Gesamtausgaben von EURO 868.712,50,-.

Berücksichtigt man die seit dem Jahr 2011 erwirkten Reduktionen der Versicherungsprämie sowie Gutschriften aus Versicherungsprämien zeigen sich Ersparnisse von EURO 1.761.078,18. Es kann somit gezeigt werden, dass sich die Einführung des klinischen Risikomanagements auch betriebswirtschaftlich positiv bemerkbar macht.

Vergleich Ausgaben Audits / Reduktion Versicherungssumme und Gutschriften Jahre 2011 - 2018



Vergleichsdaten

Im nachfolgenden Kapitel „Gefahrenliste“ findet sich die Darstellung der gesammelten QM-Daten. Die dort gezeigten Risikobereiche mögen punktuell groß erscheinen (z.B. 58 Rückmeldungen aus CIRS, Beschwerden und Personenschadensfällen im Gefahrenbereich „Operative und invasive Therapie“), sollen jedoch durch die folgende Tabelle in Relation gesetzt werden.

In der Tabelle sind einige Vergleichsdaten (z.B. Anzahl der operativen Eingriffe an allen Standorten) angeführt, um die Größenordnung zu verdeutlichen, in welcher sich das Risikogeschehen im Uniklinikum und den Landeskliniken abspielt. Seitens des Qualitäts- und Riskmanagements wird jedoch bewusst davon Abstand genommen, die Kennzahlen in direkten Bezug zu setzen, da die jeweiligen Rückmeldungen einen großen Interpretationsspielraum aufweisen. Beispielsweise könnte eine relativ hohe Ratio aus CIRS-Fällen pro Patient bzw. Entlassung, sowohl auf risikobewusste und meldefreudige MitarbeiterInnen hindeuten, aber eben auch auf ein tatsächlich gesteigertes Risikopotenzial.

Übersicht Kennzahlen für QM													
Vollstationäre Fälle				VWD			Tages/ Weitere stat. Fälle (ab 2019 ambulant)				Eingriffe	Medikamente	Transport
	Erst- aufnahmen	Abteilungs- aufnahmen	Belags- tage der Abteilung	Ø Aufenthalts- dauer der Abteilung	Ø Betten- auslastung %	Entlassungen	TKL	Chemo	Sonstige Null-Tages- Aufenthalte	Amb. Frequenzen an amb. Patienten	Anzahl operativer Eingriffe	Anzahl angeforderter Arzneimittel- pakete	Anzahl durchgeführter Patiententransporte in CDK und LKH (Transporte via MB Logistik, ohne STV, TSG, HAL)
SALK	73214	83288	534500	7,2	80%	72571	9205	10203	7594	806378	39207	1064431	Transporten zw. LKH- CDK)
LKH	50007	58232	279295	5,6	77%	49969	8182	10203	6084	613320*	33178	766970	277177
CDK	10954	11655	140634	12,4	82%	10941	32	0	945	100208	2039	180520	83399
LK St. Veit *	2937	2940	30855	10,3	90%	2929	0	0	11	5505	0	33785	(inkl. PSP/PSY Reha)
LK Tamsweg	3790	4763	21079	5,5	79%	3784	413	0	189	44847	1649	44356	
Hallein	4963	5135	28592	5,7	68%	4948	578	0	365	33568	2341	38800	
* (ohne PSY Reha/ PSP)													

Gefahrenliste

Der Ausgangspunkt jeder Risikoanalyse ist die Risikoidentifikation. Um diese zu unterstützen, zählen Gefahrenlisten exemplarisch mögliche Bedrohungen und Gefahren für Ziele, Anforderungen und Erwartungen an die Organisation oder an Funktionen und von technischen Systemen umfassend und verständlich auf.

Der Bereich QMRM hat eine "Gefahrenliste Risikomanagement SALK" erarbeitet, welche sich beispielhaft (siehe auch auszugsweise die Abbildung unten) wie folgt hierarchisch gliedert:

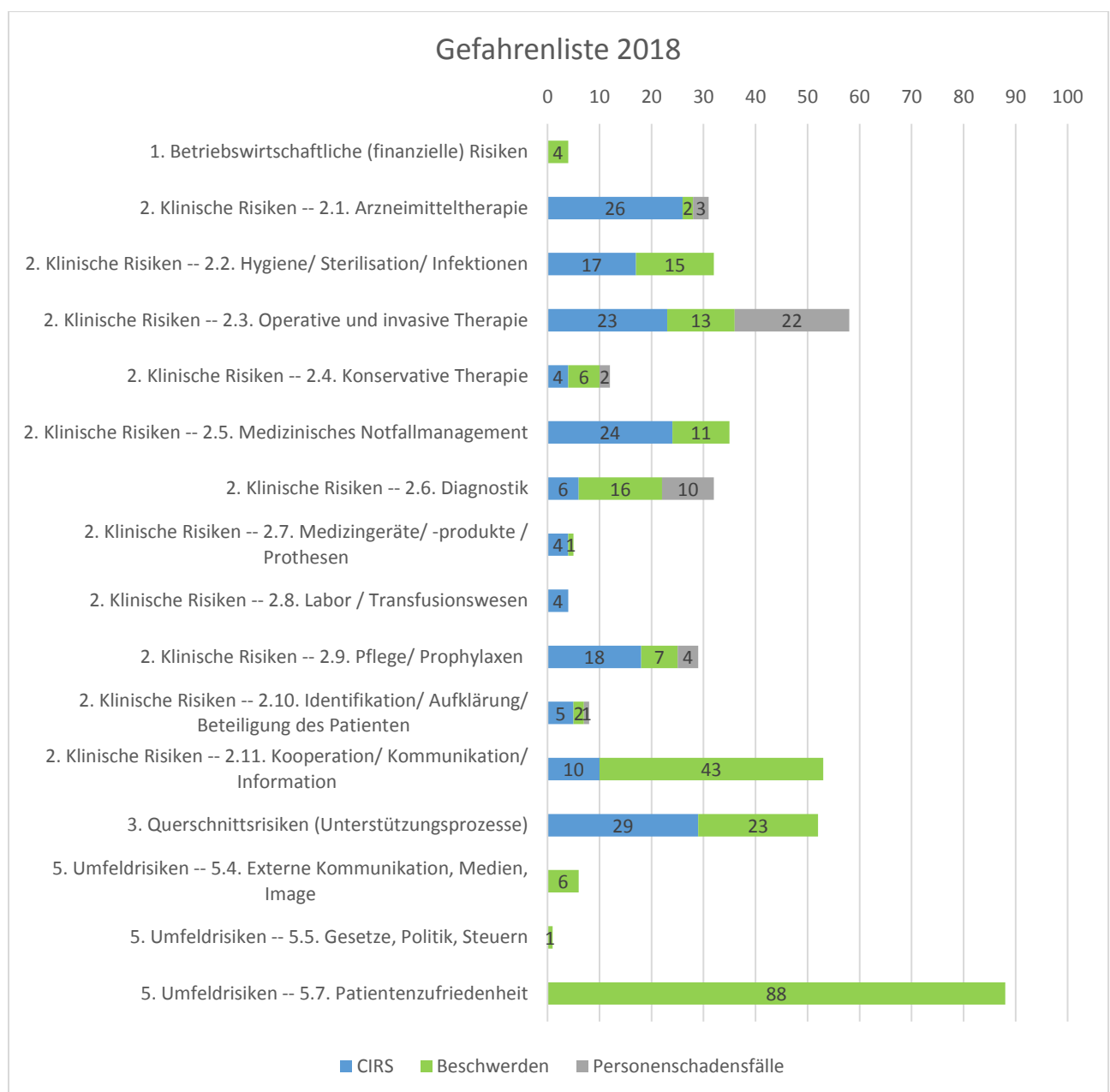
- Gefahrengelände - zB „2. Klinische Risiken“
 - Gefahrenbereiche - zB „2.1. Arzneimitteltherapie“
 - Gefahren - zB „2.1.1. Verordnung“

2. Gefahrengelände: Klinische Risiken	
2.1. Gefahrenbereich: Arzneimitteltherapie	
Dieser Gefahrenbereich beinhaltet den gesamten Prozess der Arzneimitteltherapie, der die ärztliche Verordnung, Vorbereitung, Verabreichung, Evaluierung und Dokumentation umfasst.	
<u>Nicht-Inhalt:</u> Bestellung und Beschaffung, Entsorgung von Arzneimitteln	
2.1.1. Verordnung	<ul style="list-style-type: none"> • Über- und Unterdosierung, Neben- und Wechselwirkung, Darreichungsweg, Generika, Off-Label-Use, Zytostatika, Sound-Alike • Missachtung nationaler und internationaler fachspezifischer Standards, Leitlinien und Regelungen, Fachinformation (fehlende Begründung für Abweichungen) • Nichtbeachten von Arzneimittelallergien bzw. Unverträglichkeiten • fehlende Abstimmung mit dem Therapieziel (zB DNR)
2.1.2. Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • falsches Medikament, falsche Konzentration, falsches Lösungsmittel, Look-Alike • Verunreinigungen, Haltbarkeit, Ablaufdatum • fehlerhafte Lagerung an der Abteilung (Kühlung, Suchtgiftschrank) • fehlerhafter Umgang mit Zytostatika
2.1.3. Verabreichung	<ul style="list-style-type: none"> • falscher Verabreichungsweg • falscher Patient • Komplikationen bei Verabreichung (zB Paravasat, allergische Reaktion) • fehlende Prüfung der Wirksamkeit (zB Schmerztherapie)
2.1.4. Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende / nicht lesbare / nachvollziehbare Dokumentation der Arzneimitteltherapie • Arzneimittelvigilanzen (besondere Meldepflichten bei Arzneimittelzwischenfällen an AGES) • nicht nachvollziehbare Suchtmittelgebarung • Verwendung von unüblichen Abkürzungen
2.2. Gefahrenbereich: Hygiene / Sterilisation / Infektionen	
Dieser Gefahrenbereich beinhaltet alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen sowie dem Kontaminationsschutz dienen (inklusive deren Dokumentation). Weiters umfasst der Gefahrenbereich die Verfügbarkeit hygienischer Arbeitsumgebung und –materialien.	
<u>Nicht-Inhalt:</u> Diagnostik von Infektionskrankheiten	
2.2.1. Händedesinfektion und	<ul style="list-style-type: none"> • nicht durchgeführte / ausreichende Händehygiene

Bei der Erstellung der Gefahrenliste ist auf prozessorientierte Kompetenz- und Aufgabenbereiche geachtet worden (zB Arzneimitteltherapie, operative und invasive Therapie, Diagnostik). Hierdurch sollte einerseits gewährleistet werden, dass jede auftretende Gefahr einem Teilbereich im Behandlungsprozess zugeordnet werden kann und andererseits auch ein Verantwortungsträger benannt werden kann.

Die Gefahrenliste dient zum einen als Nachschlagewerk im Rahmen der Risikoanalyse, zum anderen der Einordnung von CIRS-Meldungen, Beschwerden und Personenschadensfällen. Durch die Zusammenführung der Daten aus den Identifikationsquellen des Qualitäts- und Riskmanagements soll der Fokus auf jene Bereiche gelenkt werden, in denen die Intensität der Gefährdung besonders stark ausgeprägt ist und primärer Handlungsbedarf besteht. Zu diesem Zweck wurde die Gefahrenliste auch mit dem „nicht-klinischen Risikomanagement“ akkordiert.

Die unten dargestellte Grafik zeigt die Auswertung der zusammengeführten Gefahrenbereiche, die sich aus der CIRS-, Beschwerde- und Personenschadensfalldatenbank ergeben, für den Zeitraum von 01.01.2018-31.12.2018.



Ausbildung RisikomanagerInnen

Organisationen, die das Risikomanagement einführen, betreiben, aufrechterhalten und verbessern wollen, benötigen dazu Mitarbeiterinnen oder externe Fachleute, die in der Lage sind, die vielfältigen Risiken zu beurteilen und das Risikomanagement in die Organisation einzubetten. Fachleute mit diesen Fähigkeiten werden als qualifizierte Risikomanagerinnen bezeichnet, wenn sie diese objektiv nachgewiesen haben.

Vom Bereich Qualitäts- und Riskmanagement werden seit 2011, in Kooperation mit Austrian Standards (AS) Inhouse-Lehrgänge organisiert und durchgeführt. Der Inhouse-Lehrgang („Ausbildung zum qualifizierten klinischen Risikomanager nach ISO 31000 und ONR 49003“) besteht aus 2 Modulen zu je 3 Tagen. Die Teilnehmerinnen erhalten nach erfolgreich durchgeführter schriftlichen Prüfung und einer positiv bewerteten Praxisarbeit, ein Personen-Zertifikat mit 6-jähriger Gültigkeit.

Der/die zertifizierte Risikomanagerin erlangt damit die Befähigung, die Risiken aus Organisationsbereichen und Systemen zu erkennen, zu analysieren, zu bewerten, darzustellen und zu dokumentieren. Die Risikomanagerinnen der SALK sind zB aktiv mit eingebunden bei der Durchführung der Risikoaudits, der Ergebnisbearbeitung und des Maßnahmen-Monitorings. Der überwiegende Teil der „CIRS-Beauftragten“ sind ausgebildete RisikomanagerInnen und können aufgrund Ihrer erworbenen Qualifikation CIRS-Meldungen mit einer verbesserten Qualität bearbeiten.

2018 wurde ein Kurs (Oktober) mit 18 Teilnehmerinnen abgehalten. Im Herbst 2019 ist ein weiterer Kurs geplant.

Mit Stand 01.01.2019 sind 150 ausgebildete RisikomanagerInnen (mit gültigem AS-Zertifikat) in der SALK beschäftigt. Ein nächster Ausbildungskurs ist für Herbst (Oktober/November) 2019 geplant.

Zur Aufrechterhaltung und Verlängerung des Personenzertifikates nach ONR 49003 ist die Absolvierung eines Workshops notwendig. 2018 wurden unter der Leitung von Austrian Standards 2 Workshops (Mai und November) durchgeführt.

Voraussetzungen für den Workshop ist der Nachweis über erfolgte Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Risikomanagement innerhalb der letzten 6 Jahre. Weiters ist eine Übersicht über erfolgte Tätigkeiten im Bereich Risikomanagement vorzulegen.

Die 23 Teilnehmerinnen präsentierten jeweils 2 aufgearbeitete Risiken aus ihrem Arbeitsbereich. Für die Bearbeitung wird die „Gefahrenliste Risikomanagement SALK“ und eine spezifische Risikomanagement-Software („Intrafox“) herangezogen. Alle Teilnehmerinnen konnten erfolgreich abschließen und haben ein Personen-Zertifikat mit 3-jähriger Gültigkeit erhalten.

Für 2019 sind wieder 2 Workshops geplant.

Seit 2012 organisiert der Bereich Qualitäts- und Riskmanagement sogenannte „Risikomanager-Vernetzungstreffen“. Diese Veranstaltungen haben einen Fort- und Weiterbildungscharakter und dienen auch dem Erfahrungs- und Informationsaustausch.

2018 fanden 3 Treffen mit insgesamt 125 TeilnehmerInnen statt. Folgende Themen wurden vorgetragen und diskutiert:

- Allgemeine Informationen zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) NEU
- Folgeschwere Medikamentenverwechslung auf der Intensivstation
- Das klinische Ethikkomitee – rechtliche Aspekte
- Ärztliche Aufklärung – was ändert sich durch das 2. Erwachsenenschutzgesetz?
- Auswertung der Risikomanager-Befragung
- „NO HANDS“-Aktion; Telemetrie – Risiken und Chancen
- Rechtssichere Aufklärung und Dokumentation

SALK – Selbsthilfefreundliches Krankenhaus

Die Salzburger Landeskliniken bekennen sich zum Unternehmensgrundsatz der „PatientInnen- und Qualitätsorientierung“. Selbsthilfefreundlichkeit ist ein ausgewiesenes Qualitätsmerkmal und stellt einen wichtigen Beitrag zur PatientInnenorientierung dar.



Ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zeichnet sich dadurch aus, dass es sich nachweislich bemüht, sein professionelles ärztliches und pflegerisches Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe zu erweitern, dass es eine systematische und strukturierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe (steht hier für Selbsthilfegruppen und Dachverband) vor Ort ermöglicht und kooperationsbereite Selbsthilfegruppen aktiv unterstützt.

Im Jahr 2010 hat der Dachverband Selbsthilfe Salzburg, in enger Zusammenarbeit mit dem Qualitäts- und Risikomanagement begonnen, ein Qualitätsmodell „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zu entwickeln. Orientiert hat man sich dabei an den Erfahrungen aus Deutschland, wo in einem zweijährigen, wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt („KISS-Hamburger-Modell“) die Qualitätskriterien für den Erhalt eines Gütesiegels erarbeitet wurden.

Voraussetzung für den Erhalt der Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ist die Erfüllung von 8 Qualitätskriterien. Qualitätskriterien, die dem Gütesiegel hinterlegt sind, beschreiben die Aktivitäten und Unterstützungsleistungen, die durch die Institution sichergestellt werden müssen. Der Erfüllungsgrad der Qualitätskriterien wird mittels Eigenbewertung und Fremdbewertung beurteilt. Mittels einer Beurteilungsmatrix können die Veränderungen für die einzelnen Qualitätskriterien detailliert und transparent abgebildet werden. Dieses Qualitäts-Verfahren kommt derzeit nur im Bundesland Salzburg zur Anwendung. Somit wird die Qualität einer konstruktiven, systematischen und bewertbaren Zusammenarbeit abgebildet.

Der Nachweis für das erfolgreich abgeschlossene Verfahren wird durch ein Logo (Gütesiegel), in entsprechenden Materialien (zB Schild in einfacher Ausfertigung, Logo in elektronischer Form) sichtbar gemacht. Das Gütesiegel wird für drei Jahre begrenzt vergeben. Die Rezertifizierung erfolgt nach drei Jahren und basiert wieder auf einer Eigen- und Fremdbeurteilung und wird auf weitere 3 Jahre verlängert.

Im Februar 2018 wurde der Landeslinik Hallein das Gütesiegel übergeben.



(Bildrechte: SALK/Wildbild))

Alle Standorte der Salzburger Landeskliniken (SALK) sind nun mit dem Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ durch den Dachverband Selbsthilfe Salzburg ausgezeichnet.

Landeskrankenhaus Salzburg, Christian-Doppler-Klinik und Landeslinik St. Veit haben bereits erfolgreiche Wiederbewertungen hinter sich. Eine Neuvergabe des Gütesiegels für weitere 3 Jahre ist für Juni 2019 vorgesehen.

Jeder SALK-Standort hat einen/eine eigenen/eigene Selbsthilfebeauftragten/e. Die Selbsthilfebeauftragten spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Qualitätskriterien und übernehmen die wichtige Rolle eines „Kümmers“ um die Zusammenarbeit des „Kooperationsdreiecks: Selbsthilfedachverband-Selbsthilfegruppen-Krankenhaus“ weiter zu verbessern. Beispielhaft einige der Aktivitäten: Informationsgespräche mit Patienten über Selbsthilfe/Selbsthilfegruppen; Bereitstellung von Informationsmaterial; Kontaktvermittlung zw. Selbsthilfegruppen und med. Personal. Information und Aufklärung der Krankenhausmitarbeiterinnen zum Thema Selbsthilfefreundliches KH.

Stand: Dezember 2018

				
Jeßner Gabriele	Mag. Gappmayer-Löcker Erna	Mag.(FH) Laimböck Friedrich	Kohtz Harald, DGKP	Mag. Göbel Gundula, DGKS
Selbsthilfebeauftragte Landeskrankenhaus	Selbsthilfebeauftragte Landeslinik Tamsweg	Selbsthilfebeauftragter Christian-Doppler-Klinik	Selbsthilfebeauftragter Landeslinik St. Veit	Selbsthilfebeauftragte Landeslinik Hallein

(Bildquellennachweis: Dachverband Selbsthilfe Salzburg / © DV Selbsthilfe Salzburg)

Mit einem bestehenden engagierten Team an Selbsthilfebeauftragten und durch die zentrale Koordination durch den Bereich Qualitätsmanagement und Riskmanagement wird ein effektiver Informationsaustausch und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen, medizinischer Belegschaft und dem Dachverband Selbsthilfe Salzburg sichergestellt.

Tag der seltenen Erkrankungen (Rare Disease Day Salzburg)

Seit Jahren organisiert und veranstaltet der Bereich QM/RM gemeinsam mit dem Dachverband Selbsthilfe Salzburg, den Tag der seltenen Erkrankungen im EUROPARK.

Den übergeordneten Rahmen bildet der europäische Tag der seltenen Erkrankungen, der jedes Jahr ein Plakatmotiv und ein Motto zur Verfügung stellt. Der Leitspruch für 2018 war „Setz Dein Zeichen für die Seltenen“.

Von Seiten der SALK/PMU beteiligten sich an der Veranstaltung (17.03.2018), wie jedes Jahr, das Zentrum für Seltene Krankheiten Salzburg (ZSK Salzburg), das Forschungsinstitut für angeborene Stoffwechselerkrankungen (PMU) und die Selbsthilfebeauftragten der SALK-Standorte. Die Durchführung dieser Veranstaltung hier in Salzburg, mit heuer ca. 42 Selbsthilfegruppen, ist einzigartig und stößt auf großes Interesse von Personen aus ganz Österreich und auch aus dem deutschsprachigen Raum. Die ca. 2500 Kurzberatungen zeigten, wie gut von Betroffenen oder Angehörigen der Kontakt zu den Selbsthilfegruppen und Institutionen angenommen wird.

Mit dem diesjährigen Aktionstag wurde gleichzeitig das Jubiläum „30 Jahre Selbsthilfe Salzburg“ gefeiert.



(Bildquellennachweis: (c)EUROPARK/Wildbild) Von links nach rechts: Mag. Christoph Andexlinger (EUROPARK); Andreas Huss (SGKK) Dr. Christian Stöckl (Landesregierung); Prof. Dr. Martin Laimer (SALK); Sabine Geistlinger (DV Selbsthilfe Salzburg); Mag. Dr. Andreas Gomahr (SALK)

Bearbeitung medizinischer Schadensfälle

Die Bearbeitung von Personenschadensfällen ist neben anderen Quellen wie CIRS, Beschwerden, Patientenbefragungen etc. ein wichtiger Faktor zur Erkennung von Risiken in der medizinischen Versorgung von PatientInnen.

In den Salzburger Landeskliniken umfasst die Bearbeitung von medizinischen Personenschadensfällen nachstehende komplexe Bereiche:

- außergerichtliche Abwicklung von zivilrechtlichen Schadenersatzansprüchen
- Zusammenarbeit mit und Unterstützung unserer Rechtsvertretung bei der Abwicklung von Gerichtsstreitigkeiten
- Unterstützung der Haftpflichtversicherung (für Großschadensfälle ab € 100.000,00) bei der Abwicklung der sie betreffenden Fälle
- Bearbeitung rechtlicher Anfragen die medizinische Personenschadensfallbearbeitung und das Arzthaftungsrecht betreffend
- Analyse aus Sicht des Riskmanagements mit dem Ziel, aus Fehlern zu lernen und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Der Bereich der Geschäftsführung für Qualitäts- und Riskmanagement vertritt die Salzburger Landeskliniken im Rahmen der außergerichtlichen medizinischen Personenschadensfallbearbeitung. Mehr als 90 % der Streitfälle werden außergerichtlich gelöst. Dies geschieht vor allem im Schlichtungsverfahren mit der Salzburger Patientenvertretung und der Salzburger Arbeiterkammer, aber auch im außergerichtlichen Weg mit Rechtsanwälten und Rechtsanwältinnen.

Im Beschwerdefall liegt es im Interesse aller Beteiligten einvernehmliche Lösungen zu finden. Denn außergerichtliche Verfahren sind nicht nur meist kürzer als gerichtliche Auseinandersetzungen, Schlichtungsverfahren vor der Salzburger Patientenvertretung oder der Salzburger Arbeiterkammer sind darüber hinaus auch noch ganz oder überwiegend kostenlos; eine gerichtliche Auseinandersetzung sollte daher stets nur das allerletzte Mittel sein.

Im Rahmen der Schadensfallbearbeitung werden insbesondere nachstehende Ziele verfolgt:

- Zeitnahe außergerichtliche Klärung bzw. Schlichtung von geltend gemachten Ansprüchen
- Bestmögliche Unterstützung bei der Abwicklung von Gerichtsstreitigkeiten
- Maximierung der Patientensicherheit durch Ableitung von Präventivmaßnahmen zur zukünftigen Vermeidung von ähnlichen Fehlern bzw. Minimierung von Risiken
- Schutz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- Wahrung von Unternehmensinteressen (zB Wirtschaftlichkeit, Imageschutz)

In den letzten Jahren erfolgten durchschnittlich 170 neue Meldungen pro Jahr. Nur bei einem geringen Prozentsatz wurde ein Behandlungsfehler per se festgestellt. Schwachpunkte fanden sich jedoch häufig in einer unzureichenden Aufklärung, einer lückenhaften Dokumentation und/oder mangelhaften Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten.

Mit der überarbeiteten SALK-internen Aufklärungsbroschüre wurde nun ein Leitfaden zur Verfügung gestellt, mit dem Ziel, die PatientInnenaufklärung und deren Dokumentation zu standardisieren, im Interesse der Patienten zu optimieren und auch rechtlich sicherer zu machen. Änderungen, die sich auf Grund des neuen Erwachsenenschutzgesetzes in Bezug auf die Aufklärung ergeben, sowie aktuelle höchstgerichtliche Entscheidungen zum Thema Aufklärung wurden in dieser Neuauflage der Broschüre eingearbeitet.

Gesetzliche Qualitätsberichterstattung

Die Qualitätsberichterstattung ist rechtlich im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, in der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Vereinbarung Art. 15a B-VG), sowie im Bundeszielsteuerungsgesetz verankert. Die Träger von Krankenanstalten werden in regelmäßigen Abständen verpflichtet, Informationen zur Qualitätsarbeit ihrer Häuser zur Verfügung zu stellen. Mittels eines Fragebogens werden Informationen und Daten zu Themen wie Qualitätsstrategie, Qualitätsmodelle, PatientInnen- und MitarbeiterInnenbefragungen, Beschwerdemanagement, Risikomanagement, PatientInnensicherheit, Hygiene, kontinuierliche Verbesserungsprozesse etc. abgefragt.

2017 wurde der Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme von einer Expertengruppe auf Bundesebene überarbeitet und von der Fachgruppe Versorgungsprozesse abgenommen. In Abstimmung mit der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgte heuer eine verpflichtende Qualitätsberichterstattung für alle Akutkrankenhäuser und stationären Rehabilitationseinrichtungen für das Berichtsjahr 2017. Der Erhebungszeitraum war vom 3. Juli bis 31. August 2018. Beispielfhaft einige neue Fragestellungen:

- „Gibt es in Ihrer Einrichtung eine definierte Person, die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?“
- „Gibt es in Ihrer Einrichtung eine definierte Person, die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?“
- „Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?“ Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert? Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter/innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?
- „Wird von Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme in Ihre Einrichtung ein Ernährungsstatus erhoben?“
- „Gibt es in Ihrer Einrichtung einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen und Patienten?“

Die Informationssammlung und das Ausfüllen der Fragebögen aller Standorte der SALK ist durch den Bereich QM/RM, in Zusammenarbeit mit Ansprechpersonen der jeweiligen Häuser, durchgeführt worden.

Die gezielte Auseinandersetzung mit dem Fragebogen führt zu einer kritischen Reflexion der SALK-internen Qualitäts- und Risikomanagement-Agenden und unterstützt den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).

Zentrales Beschwerdemanagement der SALK

Das zentrale Beschwerdemanagement der SALK steht als Anlaufstelle für PatientInnen und deren Interessensvertretungen zur Verfügung und bietet diesen die Möglichkeit, Verbesserungspotentiale aufzuzeigen. Jede vorgebrachte Beschwerde ist ein wichtiger Hinweis, die Qualität der Prozesse und Behandlungsleistungen zu überprüfen und im gegebenen Fall Veränderungen einzuleiten. Die Rückmeldungen von PatientInnen und deren Interessensvertretungen werden für den Lernprozess unserer Organisation genutzt - mit dem vorrangigen Ziel, die PatientInnenzufriedenheit stets zu gewährleisten.

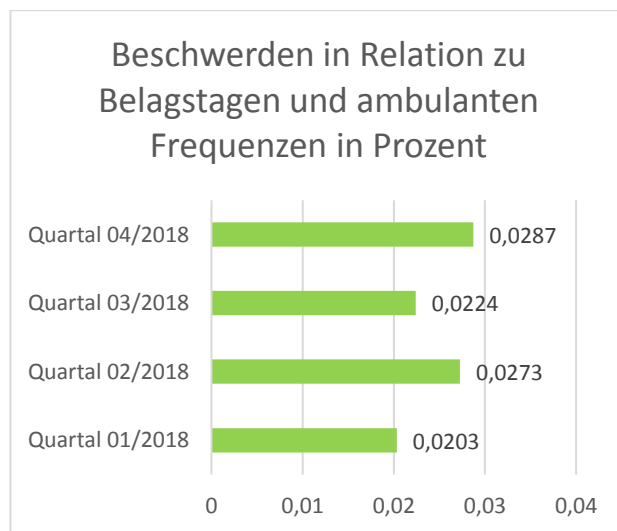
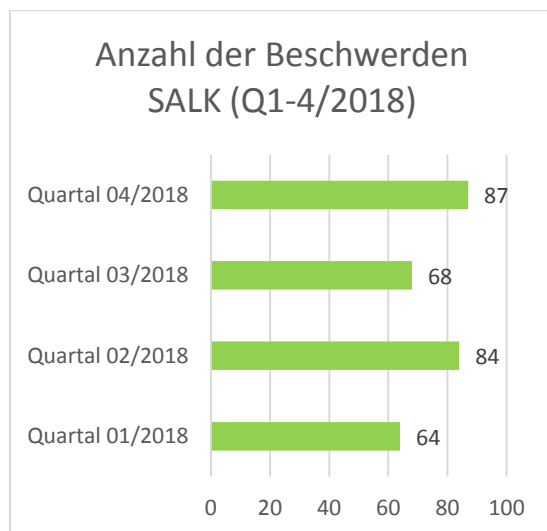
Die seit 2013 in Verwendung befindliche Software unterstützt, die Beschwerden strukturiert zu bearbeiten und verhilft zu einem ganzheitlichen und transparenten Gesamtbild. Weiters ist es möglich, die Beschwerden nach Kategorien auszuwerten (zB Anzahl, Inhalte, betroffene Kliniken) - somit wird ein Überblick über den Jahresverlauf bzw. die Veränderungen generiert.

Anzahl der Beschwerden Q1 - Q4/2018

Insgesamt wurden vom zentralen Beschwerdemanagement der SALK in den Quartalen Q1 - Q4/2018 **303 Beschwerden** bearbeitet. Damit stieg die Beschwerdeanzahl im Vergleich zum Vorjahr (282 Beschwerden) leicht an. Dieser Zahl stehen jedoch SALK-weit **mehr als 500.000 Belagstage** und mehr als ebensoviele ambulante Besuche gegenüber - theoretisch könnte es bei jedem dieser Patientenkontakte zu einem Beschwerdevorgang kommen. Dies ist aber offenbar nur in einem sehr kleinen prozentualen Anteil der Fall, wie nachfolgende Grafiken verdeutlichen (zB gingen im 1. Quartal 2018 lediglich zu 0,0203 % von allen Behandlungsvorgängen Beschwerden ein).

Beschwerden, die in den Kliniken zwischen PatientInnen und MitarbeiterInnen geklärt werden konnten, werden in die Auswertung nicht einbezogen.

Als Hauptursachen für Beschwerden zeigen sich die „medizinische Versorgung“ sowie „Umgangsformen“.



CIRS – Meldesystem für kritische Ereignisse

Das SALK-interne Critical Incident Reporting-System (CIRS) besteht bereits seit 2006 (vorerst als Pilotprojekt geführt). In diesen 12 Jahren hat sich unser CIRS erfreulicherweise zu einem bekannten System etabliert. Die meisten MitarbeiterInnen der SALK wissen, was unter CIRS zu verstehen ist und wissen auch, wo dieses im Intranet zu finden ist. Trotzdem wird durch das Qualitäts- und Riskmanagement immer wieder auf das Meldeportal für kritische Ereignisse hingewiesen, wie zum Beispiel im Rahmen des Einführungstages für neue MitarbeiterInnen oder des Zertifikatslehrgangs „Ausbildung zum klinischen Risikomanager/-managerin nach ISO 31000 und ONR 49003“, um den MitarbeiterInnen die Möglichkeit zu geben, eventuelle Fragen zu stellen bzw. Anregungen zu geben.

Hierbei kommt es teilweise zu Äußerungen, dass es (noch immer) gewisse Vorbehalte gegenüber dem System, der Anonymität oder dem Bearbeitungsverfahren der Meldungen gibt. Um diesen Vorbehalten entgegen zu wirken, ist es uns wichtig, auf alle Fragen bzw. Bedenken einzugehen und den Prozess der Meldungsbearbeitung möglichst transparent darzustellen.

Seit Einführung unserer aktuellen CIRS-Software im Oktober 2012 bis Ende 2018 konnten bereits 1136 CIRS-Meldungen von uns bearbeitet werden, somit haben wir die 1000ste SALK CIRS-Meldung bereits erhalten und bearbeitet.

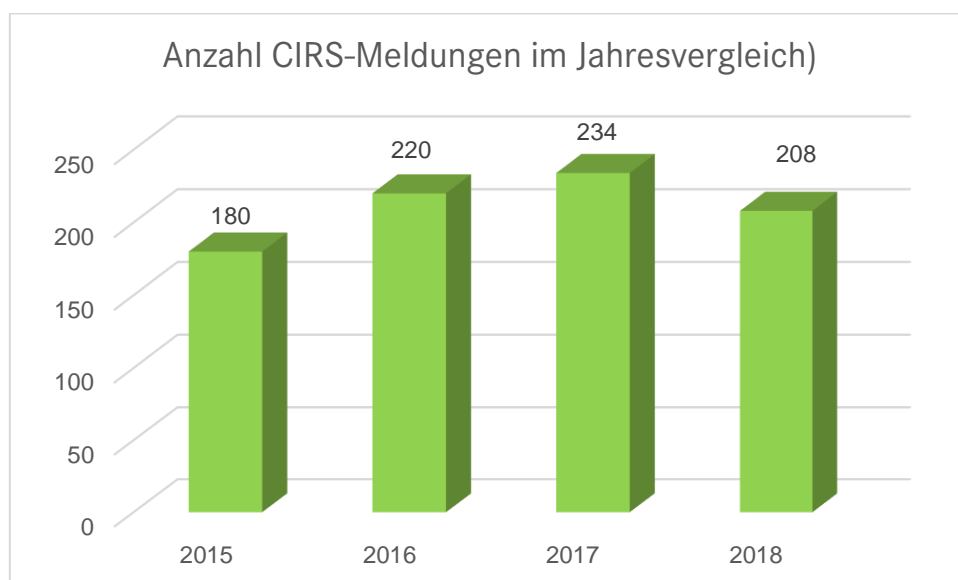


Abb. 1: jährliche Anzahl CIRS-Meldungen 2015-2018

Durch die hohe Anzahl an CIRS- Meldungen lässt sich sehr gut ablesen, dass unsere MitarbeiterInnen ein immer größeres Bewusstsein für die Relevanz der PatientInnensicherheit, aber auch Ihrer eigenen Sicherheit haben und ihren Arbeitsalltag immer kritischer beobachten und beurteilen.

So kann man auch die Anzahl an CIRS-Meldungen pro Klinik interpretieren. Eine Klinik, die eine hohe Anzahl an CIRS-Fällen hat, wird von uns nicht als „schwarzes Schaf“ abgestempelt, sondern als Klinik, in der MitarbeiterInnen arbeiten, die aufmerksame BeobachterInnen sind und ein hohes Risikobewusstsein besitzen.

Uns ist aber auch bewusst, dass viele CIRS-Meldungen in einer Klinik einen gewissen Mehraufwand an Arbeit für das CIRS-Team und andere zuständige MitarbeiterInnen bedeutet. Einige Meldungen können sehr rasch bearbeitet und einer Lösung zugeführt werden, bei anderen sind komplexere Analysen, Besprechungen in Teams, Abstimmungen mit anderen Bereichen und vieles mehr notwendig. Dabei ist

aber nicht außer Acht zu lassen, dass sich der Nutzen, der durch die Verhinderung der Realisierung eines Beinahe-Fehlers in einen tatsächlichen Fehler nicht in der investierten Zeit oder den Arbeitsaufwand aufwiegen lässt.

Neu eingeführt wurde Ende April 2017 im CIR-System die von uns entwickelte "Gefahrenliste Risikomanagement SALK". Diese wurde zwischen Ende April bis Ende September 2017 pilotiert, nach erfolgreichem Abschluss dieser Testphase konnte die Gefahrenliste mit Anfang Oktober 2017 verpflichtend implementiert werden. In dieser Gefahrenliste werden von uns alle eingehenden CIRS-Fälle thematisch zugeordnet. Seit Oktober 2017 wurden auch Beschwerden und mögliche Personenschadenfälle in dieses hierarchische Kategoriensystem eingeordnet. Durch diese Zuordnung können Aussagen über die klinischen Bereiche getätigt werden, die aufgrund der eingehenden CIRS-Fälle mit einem besonderen Risiko behaftet sind.

TOP 10 MELDUNGSIHALTE

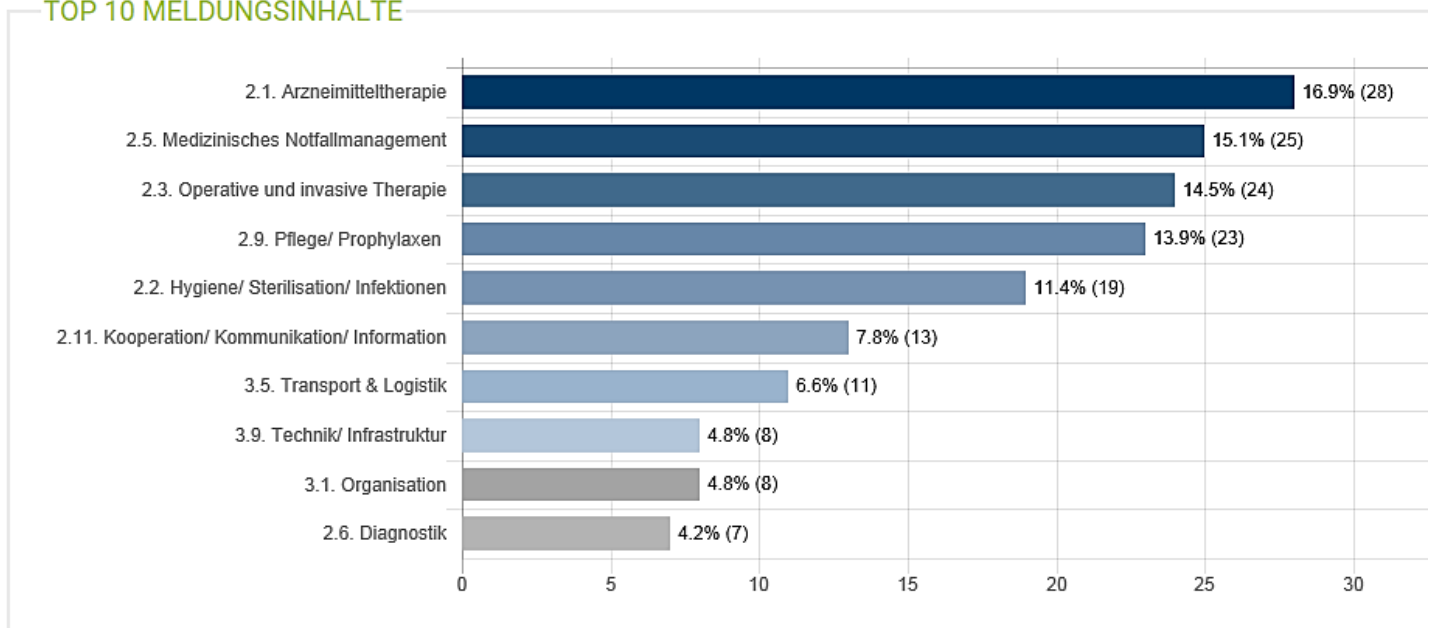


Abb. 2: Gefahrenliste Auswertung CIRS 2018

Eine zusätzliche Neuerung in unserem CIRS-Portal ist, dass MelderInnen, seit Ende Mai 2018 die Möglichkeit haben, bei der Abgabe einer CIRS-Meldung Ihren Namen und Kontaktdaten anzugeben, damit wir bei eventuellen Rückfragen direkt Kontakt aufnehmen können. Dadurch kommt es für uns, aber auch für die CIRS-Teams in den Kliniken zu einer Effizienzsteigerung bei der Analyse und Bearbeitung der CIRS Fälle. Diese Angaben sind aktuell freiwillig. Erfreulicherweise wird diese Möglichkeit von unseren MitarbeiterInnen gut angenommen. Für uns bietet die Angabe des Namens zusätzlich einen Hinweis darauf, ob sich die Sicherheitskultur mittlerweile so weit entwickelt hat, dass MitarbeiterInnen Beinahe-Fehler auch ohne den Deckmantel der Anonymität melden, was einen großen Fortschritt widerspiegelt.

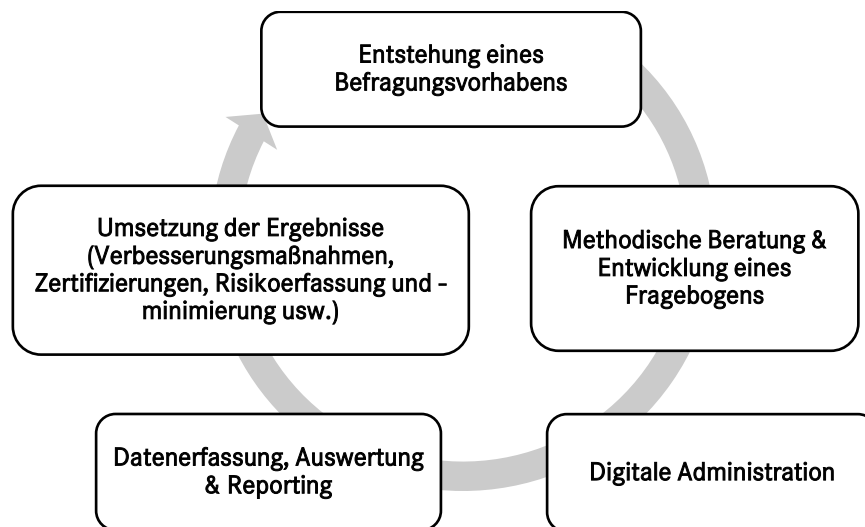
Aus CIRS-Meldungen konnten im vergangenen Jahr viele sicherheitsrelevante Maßnahmen abgeleitet werden. So wurden beispielsweise Richtlinien adaptiert, Dienstanweisungen verfasst, neue/andere Produkte bestellt, auf Schwachstellen aufmerksam gemacht und MitarbeiterInnen auf sensible Themen hingewiesen.

Trotzdem können wir beobachten, dass immer wieder thematisch ähnliche CIRS-Meldungen eingehen, obwohl genau zu diesen Thematiken bereits Meldungen eingingen und Maßnahmen abgeleitet wurden, die das Auftreten genau dieser Fehler verhindern hätten sollen.

In dieser Tatsache sehen wir eine unserer Aufgaben für die Zukunft. Die abgeleiteten Maßnahmen müssen einen höheren Durchdringungs- und Umsetzungsgrad erlangen um eine (häufige) Wiederholung gleicher bzw. ähnlicher Beinahe-Fehler zu verhindern und somit die Nachhaltigkeit unserer Maßnahmen zu steigern. Wir blicken dieser Herausforderung positiv entgegen und werden auch in Zukunft, mit der Hilfe der MitarbeiterInnen, die PatientInnensicherheit weiter steigern.

Zentrales Befragungsmanagement

Im zentralen Befragungsmanagement der SALK werden je nach Wunsch der AuftraggeberInnen Befragungen aller Art durchgeführt (z.B. Zufriedenheitsbefragungen, Projektevaluationen, klinische Studien usw.). Die AuftraggeberInnen werden methodisch beraten, Fragebögen werden (gemeinsam mit den AuftraggeberInnen) entwickelt und digital administriert, die Datenerfassung und -Auswertung wird vorgenommen und das Reporting durchgeführt.



Stationäre PatientInnenbefragung

Eine SALK-weit einheitliche PatientInnenbefragung der stationären PatientInnen wird im Universitätsklinikum (LKH & CDK) und den Landeskliniken St. Veit und Tamsweg mittels Papierbefragung durchgeführt.

Im Jahr 2017 wurde hierfür ein neuer PatientInnenfragebogen entwickelt, der im 1. Quartal 2018 in der LK Hallein getestet wurde. Bei der Entwicklung wurde besonderer Wert darauf gelegt, auch risikorelevante Aspekte, wie z.B. Allergien, PatientInnenidentifikation, Händedesinfektion und Aufklärung, abzufragen. Der Testlauf wurde in der LK Hallein durchgeführt, weil dort bisher eine eigene PatientInnenbefragung angewendet wurde, die jedoch im Zuge der SALK-Integration in den Aufgabenbereich des Qualitäts- und Riskmanagements übergegangen ist. Aus der ohnehin erforderlichen Anpassung des Layouts ergab sich so die Möglichkeit, auch neue Inhalte in den Fragebogen aufzunehmen.

Dieser neue Fragebogen wird seit Q4/2018 SALK-weit eingesetzt. Erste Rückmeldungen aus der LK Hallein aus dem 1. Quartal 2018 fielen erfreulich positiv aus (Auszug aus den Befragungsergebnissen):

Wurden Sie im Zuge Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie unter Allergien leiden?



Wurden Sie vor einer Behandlung nach Ihrem Namen und Ihrem Geburtsdatum gefragt?



War für Sie die Aufklärung durch das ärztliche Personal über notwendige medizinische Maßnahmen verständlich? (z.B. für Operationen)



Mussten Sie während des stationären Aufenthalts unnötig unter Schmerzen leiden?



Wie auch mit dem vorherigen Fragebogen, sollen Geschäftsführung, Vorstände, KlinikleiterInnen, ManagementbereichsleiterInnen und Stationsleitungen künftig wieder zweimal jährlich eine klinikindividuelle Auswertung als Feedback und Hinweisquelle für Verbesserungsmaßnahmen erhalten.

Ambulanzbefragung im EB-Haus und der UK für Radiotherapie & Radio-Onkologie

Ambulanzbefragungen gestalten sich methodisch im Allgemeinen schwierig, da PatientInnen das Krankenhaus nach dem Arzt-/Ärztinnenkontakt sofort wieder verlassen. So kann kaum Auskunft über den Behandlungsvorgang gewonnen werden. Der Rücklauf ist in großen Ambulanzen meist extrem niedrig und rechtfertigt nicht den Befragungsaufwand.

Dies ist im EB-Haus und der Radiotherapie jedoch anders. Da bei den PatientInnen dieser Kliniken wiederkehrende ambulante Untersuchungen erfolgen, ermöglichen Ambulanzbefragungen hier einen detaillierteren Einblick in die Abläufe als bei üblicherweise einmaligem Kontakt in einer allgemeinen Ambulanz. In den zwei Spezialambulanzen wurden im Jahr 2018 **227 PatientInnen** befragt.

Support des Bildungszentrums bei der Lehrevaluation

Das zentrale Befragungsmanagement unterstützt das Bildungszentrum bei Fragen oder technischen Problemen, die bei der Datenerfassung der Lehrevaluation entstehen. Daten der Lehrevaluation sollen zur Verbesserung von Veranstaltungen des Bildungszentrums verwendet werden. Die Erfassung der Bögen erfolgt im Bildungszentrum, die Auswertung im QM/RM. Im Jahr 2018 wurden **3.403 Rückläufer** ausgewertet.

Klinische Studien

- Datenerfassung für das Projekt „Paracelsus 10.000“: Ziel des Kooperationsprojekts zwischen dem Land Salzburg, der Inneren Medizin I, der Neurologie und der Pneumologie ist eine Evaluation des Gesundheitszustands der Salzburger Bevölkerung. Über das zentrale Befragungsmanagement werden die Bögen bereitgestellt, die Daten erfasst und zur weiteren Analyse zur Verfügung gestellt.
- Datenerfassung für die Diagnosestellung bei Adipositas-Erkrankungen der UK für Kinder- und Jugendheilkunde mittels Adipositas-Diagnosticum (Ermittlung des psychologischen Profils durch die Befragungsdaten)
- Im EB-Haus wurde eine Tablet-basierte Befragung installiert, mit deren Hilfe der Langzeit-Behandlungserfolg von EB-PatientInnen beobachtet werden kann. Die Daten können sowohl patientInnenindividuell zur Behandlung als auch anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

Dokumentenmanagement

Die zentrale Verfügbarkeit von Regelwerken, die von den MitarbeiterInnen einzuhalten sind, ist in einem wachsenden Unternehmen wie den SALK von ausgesprochener Bedeutung. Nur so kann sichergestellt werden, dass die einzelnen MitarbeiterInnen jeweils auf die aktuelle Version eines Regelwerkes zugreifen können. Dabei ist es ausdrücklich gewünscht, dass die Dokumente nicht mehr ausgedruckt werden, sondern im Bedarfsfall elektronisch zur Verfügung stehen. Um dies zu gewährleisten, wurde ein Relaunch der Plattform für Regelwerke vollzogen. Die Vorteile sind in optimierten Filterfunktionen, einer benutzerbezogenen Darstellung gültiger Regelwerke und in der Umsetzung eines elektronischen Prüfungs- und Freigabeprozesses zu sehen. Des Weiteren wurde der Prüfungs- und Freigabeprozess an die zunehmende Größe des Unternehmens angepasst, sowie eine Verpflichtung zur zweijährlichen Evaluierung von gültigen Regelwerken eingeführt. Die Umsetzung der neuen Plattform für Regelwerke erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Managementbereich Informatik und Medizintechnik. Derzeit sind noch einige Nachadjustierungen im Gange.

Der Bereich QM/RM hat insgesamt über 430 Dokumente mit neuen Attributen zu Geltungsbereich, Gültigkeit sowie Prüfungs- und Freigabeprozess in die neue Version übertragen. 290 Dokumente betreffen die Kernprozesse der klinischen Versorgung, über 140 Dokumente behandeln Management- und Supportprozesse. Insgesamt 111 Dokumente sind Organisationsrichtlinien, die für die gesamte SALK gelten.

Auf lange Sicht ist es das erklärte Ziel, alle in den SALK geltenden Regelwerke auf der Plattform für Regelwerke abzubilden. Bisher ist es üblich, Regelungen, die nur eine Uniklinik/Abteilung betreffen, lediglich im betroffenen Bereich zu publizieren.

Beantwortung von Fragen zu den Themen Haftungsrecht / Berufsrecht / Strafrecht / PatientInnenrechte

Das QM/RM wird jährlich mit mehreren hundert telefonischen und schriftlichen Anfragen v.a. zu den Themen des Haftungs- und Strafrechts, des Berufsrechts und zu den PatientInnenrechten konfrontiert, die sich im Rahmen der täglichen Klinikarbeit ergeben und deren Beantwortung für die rechtssichere Aufgabenerfüllung notwendig ist.

Einige der Anfragebeantwortungen finden Sie auf unserer Homepage in einem „Rechtsfragen-Archiv“ zur allgemeinen Information, ganz aktuelle relevante Themen werden wir auch weiterhin auf der Intranet-Startseite veröffentlichen. Antworten auf häufige Fragestellungen werden v.a. aber auch bei Bildungsveranstaltungen verbreitet. Neben der Grundausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie an der Fachhochschule transportieren wir diese Rechtsthemen auch in den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für SALK-Gesundheitsberufe, im Rahmen der SALK-Grundausbildung und der Fortbildung von Führungskräften im Leadership-Circle, beim monatlichen Einschulungstag für neue ÄrztInnen und Pflegekräfte, bei der Ausbildung für Angehörige der medizinischen Assistenzberufe sowie der neuen Ausbildung der Pflegefachassistenten.

Zusätzlich zu den üblichen Themen wie Aufklärung, Aufsichtspflichten, straf- und haftungsrechtliche Verantwortung und den berufsrechtlichen Abgrenzungen der einzelnen Gesundheitsberufe wurden zuletzt aufgrund der gesetzlichen Neuerungen zahlreiche Fragen zur Entscheidungsfähigkeit für die Zustimmung zu medizinischen Behandlungen nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht gestellt.

Die Herausforderung bei der Bearbeitung von Rechtsthemen ergibt sich häufig durch die teils schwierige Vereinbarkeit der gesetzlichen Vorgaben mit den organisatorischen Rahmenbedingungen. Für das QM/RM steht dabei die PatientInnensicherheit und somit auch gleichzeitig die MitarbeiterInnensicherheit im Fokus. Keinesfalls eine Zustimmung gibt es von uns zu rechtlich problematischen Entscheidungen, wenn sich dadurch erhöhte Risiken für die PatientInnen ergeben würden.

Aber auch beim Rechtsbereich der Einwilligung in medizinische Behandlungen stoßen Behandler v.a. dann immer wieder auf offene Fragen, wenn die kognitiven Fähigkeiten bei PatientInnen eingeschränkt erscheinen. Entscheidend ist im Rahmen des Selbstbestimmungsrechtes einer Person nämlich immer, dass PatientInnen vor einer medizinischen Behandlung – außer im Notfall! – auch die Zustimmung dazu erteilen müssen. In eine medizinische Maßnahme kann eine entscheidungsfähige Person nur selbst zustimmen. Die herrschende Rechtsprechung geht von einer ausreichenden Entscheidungsfähigkeit schon dann aus, wenn zumindest die Bedeutung und die Tragweite des ärztlichen Eingriffs in seinen Grundzügen erkannt werden.

Die Einschätzung einer ausreichenden Entscheidungsfähigkeit obliegt der behandelnden / aufklärenden ÄrztInnen, im Zweifel ist ein psychologisches / psychiatrisches Konsil einzuholen. Bedingung einer rechtmäßigen Einwilligung ist wiederum eine vorausgehende rechtzeitige und umfassende Aufklärung über die empfohlene Behandlung, deren möglichen Folgen und Risiken, über Behandlungsalternativen, über zu erwartende Schmerzen usw. Kompliziert wird es insbesondere dann, wenn bei PatientInnen eine ausreichende Entscheidungs- oder Äußerungsfähigkeit nicht (mehr) gegeben und auch keine Vertretung (wie Erwachsenenvertreter oder Vorsorgebevollmächtigte) oder PatientInnen-verfügung vorhanden ist.

Erwachsenenschutzgesetz löste Sachwalterschaftsrecht ab!

Mit 1. Juli 2018 trat das neue Erwachsenenschutzgesetz in Kraft, das das bisherige Sachwalterschaftsrecht abgelöst hat. Anstatt eines Sachwalters oder eines Angehörigenvertreeters werden nicht entscheidungsfähige Erwachsene nunmehr von gewählten, gesetzlichen oder gerichtlichen Erwachsenenvertretern bei relevanten Entscheidungen, v.a. auch im medizinischen Behandlungsprozess vertreten. Mit diesen Neuerungen wurde das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen nochmals gestärkt, ein möglicher PatientInnenwille muss auch bei kaum oder nicht entscheidungsfähigen Personen mithilfe von Vertrauenspersonen bestmöglich eruiert werden.

Aufgrund der komplizierten praktischen Umsetzung des Erwachsenenschutzgesetzes bei medizinischen Behandlungen wurde vom Bundesministerium für Justiz Mitte 2017 eine Arbeitsgruppe von betroffenen Gesundheits-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen installiert, in der die SALK durch das QM/RM vertreten war. In mehreren Sitzungen wurde dabei ein Konsenspapier ausgearbeitet und Anfang 2018 finalisiert, das als Unterstützung für den medizinischen Behandlungsprozess dienen soll.

Zu diesem schwierigen Thema organisierte das QM/RM Anfang Oktober 2018 eine große Veranstaltung, bei der uns der Vorsteher des Bezirksgerichts Salzburg, Herr Dr. Wolfgang Filip, einen rechtlichen Input gab und uns v.a. Fragen zur praktischen Umsetzung der neuen Rechtslage beantwortete. Die Veranstaltung wurde von den ca. 100 teilnehmenden SALK-MitarbeiterInnen als sehr positiv bewertet.

Außerdem informierte das QM/RM zu diesem Thema in verschiedenen Veranstaltungen (Risikomanager-Vernetzungstreffen, Qualitätssicherungskommission, klinikinterne Veranstaltungen usw.) bzw. werden auch in nächster Zeit diesbezügliche Vorträge bzw. Diskussionen von uns organisiert und abgehalten.

Abgabe von Empfehlungen und Erstellen von Regelwerken

Themen, die dem QM/RM aus Fragebeantwortungen, aus CIRS- oder Schadensfällen bzw. aus den Risikoaudits bekannt werden und eine klinikübergreifende Relevanz haben, werden regelmäßig als Empfehlung für entsprechende Maßnahmen an verantwortliche Entscheidungsträger übermittelt, zuletzt beispielsweise die Empfehlungen über die Aufklärung des Operateurs (aufgrund einer aktuellen OGH-Entscheidung) und über die Fahrtauglichkeit, über die Vollständigkeit der Krankengeschichte, über die Zuweisung zur Obduktion nur durch einen Facharzt sowie über die Archivierung von mitarbeiterInnenbezogenen PatientInnentransportdaten.

Gleichzeitig überprüfen, überarbeiten oder erstellen wir bei Bedarf bzw. auf Anfrage Formulare (zB klinikinterne Aufklärungsbögen, Formular zur Fahrtauglichkeit, Info über die Eigentumsverhältnisse bei Explantaten usw.) und Regelwerke (Organisationsrichtlinie zum Umgang mit Schadensfällen, Vorgehensweisen bei der Verlegung von PatientInnen auf Normalstationen usw) als Unterstützung für Kliniken bzw. Ärztliche und Pflegedirektionen.

Mitarbeit und rechtliche Expertise bei Projekten

Das QM/RM achtet auch bei klinik- und häuserübergreifenden Projekten auf die größtmögliche PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit. Dabei wird unsere rechtliche Expertise beispielsweise in SALK-weite Projekte wie die elektronische „ORBIS-Medication“ eingebracht.

Nach der Schulung von mehr als tausend Pflegekräften SALK-weit im Rahmen des Projekts „i.v.-nurse – § 15 GuKG“ in den Jahren 2012 bis 2015 folgt jetzt die Fortbildung der gehobenen Pflege zur Einführung der Pflegefachassistenten. Dieser neue mit der GuKG-Novelle im Herbst 2016 geschaffene Pflegeberuf mit 2-jähriger Ausbildung wird künftig die Pflegehelfer ablösen, langfristig sollten Pflegefachassistenten v.a. im allgemeinen stationären Bereich und SALK-weit im Verhältnis 1 : 1 zur gehobenen Pflege eingesetzt werden. Die Ausbildungen der Pflegefachassistenten laufen bereits an der SALK-Gesundheits- und Krankenpflegeschule, das QM/RM ist in diese Ausbildung eingebunden.

Aktuell wird das Thema **Mors in tabula** neu beleuchtet und überlegt. Dabei stehen eine umfassende Diskussion sowie eine Überarbeitung der derzeit gültigen Organisationsrichtlinie an. Das QM/RM wird gemeinsam mit dem Leiter des Pathologischen Instituts, Herrn Prof. Karl Sotlar, federführend eine rechtssichere Unterlage erstellen.

Als besonderes Service bieten wir auch weiterhin an, bei Bedarf bzw. anlassbezogen vor Ort im Rahmen von klinik-/institutsinternen Besprechungen bzw. Konferenzen (zuletzt zweimal an der UK für Chirurgie, an der UK für Kinderchirurgie, an der UK für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, im Bereich Psychosomatik sowie an der UK für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) offene Fragen haftungs- und/oder be-

rufsrechtlicher Natur zu beantworten bzw. zu diskutieren, derzeit v.a. zum neuen Erwachsenenschutzrecht, zur Aufklärung und Einwilligung. Immer wieder stellen wir auch bei besonderen Vorfällen und speziellen Behandlungssituationen unser Know-how zur Verfügung.

Zudem wird das QM/RM regelmäßig vom Klinischen Ethikkomitee bei juristischen Fragen im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen herangezogen. Seit kurzem ist unsere Juristin, Frau Dr. Julia Stimpfl-Abele, auch ein aktives Mitglied des Klinischen Ethikkomitees.

Qualitätszirkel Arzneimitteltherapiesicherheit

Der Qualitätszirkel Medikamentensicherheit (Arzneimittel-Therapiesicherheit) wurde Mitte 2013 als Nachfolgegremium der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Medikamentensicherheit gegründet. Er besteht aus einer interprofessionellen Gruppe aller SALK-Häuser (ÄrztInnen, Pflege, Apotheke, Qualitäts- und Riskmanagement), die in ähnlicher Besetzung bereits in der ARGE Medikamentensicherheit zusammengearbeitet hatte. Organisiert wird der Qualitätszirkel vom Qualitäts- und Riskmanagement unter der Leitung von Fr. Univ.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Doris Conci. Zuletzt wurden auch MitarbeiterInnen aus der LK Tamsweg und der LK Hallein eingebunden.

Von Anfang 2012 bis Mitte 2013 hatte die ARGE Medikamentensicherheit eine systematische Untersuchung der Abläufe zur Medikamentenbehandlung in den Salzburger Landeskliniken durchgeführt. Ihr zugrunde lagen die interne Analyse von Schadens- und Beinahe-Schadensfällen (CIRS-Meldungen), die Ergebnisse externer Risiko-Audits sowie grundlegende Überlegungen zur strukturierten, patientinnenbezogenen, fallübergreifenden Sicherheitsdokumentation.

Die Analyse hatte in umfassender Form alle Schritte von der Anordnung eines Medikamentes bis zur erfolgreichen Einnahme durch die PatientInnen geprüft.

Aus dieser Analyse haben sich 19 Empfehlungen zu kurz-, mittel- und langfristigen Verbesserungen und Folgeprojekte zur Therapiesicherheit ergeben.

Insgesamt sind aus den Erkenntnissen der ARGE Medikamentensicherheit vier große Folgeprojekte hervorgegangen:

- Der Qualitätszirkel Arzneimittel-Therapiesicherheit
- Das Projekt CAVE-/Sicherheitsblatt
- Das Projekt elektronische Fieberkurve in ORBIS einschließlich eines Arzneimittel-Verordnungssystems (eCurve), das mit dem Krankenhausinformationssystem (ORBIS) zu verbinden war.
- Das Pilot-Projekt „pro-Dosis-pro-Zeit-pro-PatientIn“ zur Medikamentenverabreichung.

Der Qualitätszirkel ist ein vierteljährlich tagendes Gremium. Er soll aktuelle Medikationsprobleme, die aufgrund von Schadensfällen, CIRS-Meldungen, Risiko-Audits und sonstiger Vorfälle bekannt werden, aufgreifen, analysieren und Verbesserungsoptionen prüfen und empfehlen. Außerdem werden bei diesen Sitzungen regelmäßig relevante Literatur und Judikatur besprochen.

Für die Teilnahme werden Ärzten 2 DFP-Punkte auf das Fortbildungskonto gebucht. Die letzte Sitzung fand Ende November 2018 statt, die nächste folgt im Mai 2019.

Befasst hat sich der Qualitätszirkel zuletzt u. a. mit folgenden Themen:

- Projekt GEMED – Arzneimittelsicherheit für Seniorenheimbewohner
- Projekt „Pharmazeutische Aufnahme an der Chirurgie West“

- Einträge von Allergien/Unverträglichkeiten in das CAVE-Sicherheitsblatt und auch in Verbindung mit dem Patientenidentifikationsband
- Anforderungsmöglichkeit von Arzneimittel-Konsilen über ORBIS
- Weiterverordnung der Hausmedikation im Krankenhaus
- Arzneimittel mit fremdsprachiger Aufklärung
- Studie über die Antibiotika-Gabe in den SALK
- Lieferengpässe von Medikamenten
- Ärztliche Arzneimittelanordnung nach Wirkstoffen
- Maßnahmen als Reaktion auf die tödliche Arzneimittelverwechslung im Krankenhaus Kirchdorf/OÖ
- Sicherheitsblatt in der Notaufnahme
- Hochrisiko-Medikamente in den SALK...

Internationaler Tag der Patientensicherheit

Im Jahr 2018 stand der Tag der PatientInnenicherheit, der von der österreichischen Plattform Patientensicherheit und ihren internationalen Partnern ausgerufen wird, unter dem Motto **„Digitalisierung und PatientInnenicherheit“**. Auch der Bereich QM/RM der SALK beteiligte sich und lud am 17.9.2018 zum PatientInnenicherheitstag der SALK ein.

Auch heuer durften wir uns wieder glücklich schätzen, von Kolleginnen und Kollegen zu interessanten Themen vorzutragen zu bekommen, wie z. B.:

- *„Ethische Aspekte der Digitalisierung“* von OÄ Dr.ⁱⁿ Steinwendtner-Kolator (Sprecherin des Ethik-Komitees SALK)
- *„Roboterchirurgie Pro und Contra – gibt es überhaupt ein Contra?“* von Univ.-Prof. Dr. Lusuardi (Vorstand der UK f. Urologie u. Andrologie SALK)
- *„Chancen und Risiken der Teleradiologie“* von OA Dr. Haybäck (Division für Neuroradiologie SALK)

Der **Hauptvortrag** wurde von Gastredner Univ.- Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger gehalten, welcher für Begeisterung sorgte. Der Titel des Vortrags von Prof. Mag. Dr. Hengstschläger lautete: *„Individuelle PatientInnenbetreuung von Mensch zu Mensch als unverzichtbare Komponente der digitalen Revolution“*.

Publikationen des Qualitäts- und Risikomanagements der SALK

Ins Jahr 2018 starten, für die 1.Quartalsausgabe, Frau Dr.ⁱⁿ Christina Hofer-Dückelmann, MSc. aHPH, und Frau MMag.^a Heidi Schmidt-Bogner, Organisationsentwicklerin der SALK im Auftrag vom Bereich QM/RM mit einem Erfahrungsbericht/ -artikel über die *„Pharmazeutische Aufnahme“* in den Salzburger Landeskliniken.

Für das 2.Quartal 2018 hat Mag. Dr. Andreas Gomahr, MSc und Stv. Leiter des Bereichs QM/RM zusammen mit Frau Sabine Geistlinger, Geschäftsführerin Dachverband Selbsthilfe Salzburg, einen Artikel verfasst, in welchem die Frage geklärt wird *„Wie kann man selbsthilfebezogene PatientInnenorientierung bewerten?“*. Weiters wird in diesem Artikel das besondere Evaluierungsverfahren, welches in Salzburg zur Anwendung kommt, vorgestellt und darauf hingewiesen, dass alle Häuser und Kliniken der SALK vom Dachverband Selbsthilfe Salzburg mit dem Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet sind.

Im 3. Quartal 2018 lieferte Frau Univ.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Doris Conci MSc, in Kooperation mit Frau Marianne Paki, MA, einen Artikel mit der Überschrift *„Klinisches Risikomanagement in den Salzburger Landeskliniken“* unter welchem die Nachhaltigkeit im klinischen Risikomanagement thematisiert wurde und auch, wie die Nachhaltigkeit im klinischen Risikomanagement an den SALK organisiert wird.

Den Abschlussartikel im 4. Quartal 2018 schreibt Frau Dr.ⁱⁿ Astrid Steinwendtner-Kolator - Anästhesie-Oberärztin an der Uniklinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin und Leiterin der Interdisziplinären Intensivstation INID. Ihr Artikel über *„Ethische Aspekte der Digitalisierung“* regt an und endet mit der Schlussfolgerung, dass der digitale Technologieeinsatz in der Medizin nur solange ein geeignetes Mittel sein kann und nur solange ethische Legitimität beanspruchen kann, solange dieser der Menschlichkeit dient.

Qualitätssicherungskommissionen (QSK)

Qualitätsarbeit und Qualitätsauflagen sind in österreichischen Krankenanstalten, in diversen Gesetzen (KAKuG, diverse Berufsgesetze (z.B. ÄrztlInnengesetz, GuKG etc.), Arbeitszeitgesetz, Hygienerichtlinien etc.), geregelt.

Um die Qualitätsarbeit strukturiert zu verankern, sind bettenführende Krankenhäuser, laut KAKuG (idgf: § 5b „Qualitätssicherung“), gesetzlich verpflichtet, eine Kommission für Qualitätssicherung (QSK) einzusetzen, in der der ärztliche Dienst, der Pflegedienst, der medizinisch-technische Dienst und der Verwaltungsdienst vertreten sind. Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die Führungsebene zu beraten. In der gesetzlichen Qualitätsberichterstattung werden die Zusammensetzung der Qualitätssicherungskommission, behandelte Themen und ihre strukturierte Arbeitsweise im Detail abgefragt. Damit wird die Wertigkeit dieser Struktur hervorgehoben.

In allen Standorten der SALK (Landeskrankenhaus Salzburg, Christian-Doppler-Klinik, LK St. Veit; LK Hallein, LK Tamsweg) sind, rechtskonform, Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet. Die Christian-Doppler-Klinik und das Landeskrankenhaus Salzburg bilden gemeinsam das Uniklinikum. Die Gemeinsamkeit wird unterstrichen durch die Zusammenführung der ärztlichen Direktionen und einer gemeinsamen Wirtschaftsdirektion der beiden Standorte. Um die Qualitätsarbeit standortübergreifend besser weiterzuentwickeln, wurde 2018 eine gemeinsame Qualitätssicherungskommission installiert.

Die Arbeitsweise der Kommissionen und die Wahrnehmung Ihrer Aufgaben werden durch Geschäftsordnungen geregelt (zB Einberufung zur Sitzung, Tagesordnung, Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Protokollführung, Berichterstattung u.a.) Der Bereich QM/RM ist als ständiges Mitglied in den Kommissionen vertreten. So wird, u.a., ein Informationsaustausch zu den Themen Qualitäts- und Risikomanagement, zwischen Geschäftsführungsebene und Hausebene aufrechterhalten.

Um die Qualitätsarbeit der Kommissionen zu dokumentieren werden jährlich Tätigkeitsberichte erstellt und den kollegialen Führungen der Häuser und dem Bereich QM/RM der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt.

Alle Kommissionen haben 2018 mindestens 2 Sitzungen abgehalten.

Beispielhafte Aufzählung von behandelten Themen aus den Kommissionen:

Projekt Delir-Screening	Anordnung von rezeptfreien Medikamenten / Pflegeprodukten
Ergebnisse PA-Zufriedenheitsbefragung	Ergebnisse CIRS-Fehlermeldesystem
Ergebnisse Beschwerdemanagement	Status/Ergebnisse RE-Audit
Projekt Klinische Ethikberatung	Bettenkoordination
A-IQI Indikatoren	Qualitätssicherung bei Typ B Zentren für seltene Erkrankungen
Statistik Sturzereignisse	Mitarbeitersicherheit: MA Notrufsystem
Sicherheitsdatenblatt	Einführung Gerätepass
Einführung Gerätepass	Datenschutz

Leistungsbericht der Krankenhaushygiene für das Jahr 2018

Aufgaben und Tätigkeiten des Hygieneteams:

Durch den Krankenhaushygieniker wurden wöchentliche Visiten in ausgewählten Bereichen (Kinderintensiv, Neurologie- und Neurochirurgie-Intensiv, Neonatologie und Kinderonkologie sowie der Neuro-Rehabilitationsstation) durchgeführt. Die enge Kooperation mit dem infektiologischen Arbeitskreis ermöglicht zudem, dass wöchentlich sämtliche Bereiche der Risikogruppe 4 (Intensivstationen, Bereiche mit schutzisolierten Patienten) visitiert werden.

Die Biomedizinische Analytikerin der Krankenhaushygiene gewann und untersuchte zahlreiche Hygieneprobe n wie im, vom BM für Gesundheit empfohlenen, Abnahmeplan abgebildet. Die Befunde der durchgeführten hygienisch-technischen Kontrollen wurden durch den Krankenhaushygieniker geprüft und in Gutachten erläutert.

Insgesamt wurden zwölf Hygienekommissionssitzungen SALK-weit abgehalten. Daneben fanden vier regelmäßige Treffen der Krankenhaushygiene mit dem MB Technik und Bau statt.

Durch das Hygieneteam wurden Vorlesungen und Unterrichtseinheiten in verschiedenen Ausbildungen an der PMU, der Fachhochschule, der Krankenpflegeschule und dem Bildungszentrum (Medizinstudium, Bachelorstudiengänge der Gesundheitswissenschaften, der Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistenten und -fachassistenten, Sonderausbildungen im Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, Ausbildungen im Rahmen des MABG [Medizinische Assistenzberufe Gesetz]).

Hygienefachkräfte und Hygienefachkräfte in Ausbildung betreuten 2018 alle größeren Bau- und Planungsvorhaben, insbesondere die bauliche Umsetzung der Konsolidierung der M3, die Inbetriebnahme des Institutsgebäudes, die neuen Räumlichkeiten für die Radiotherapie und die Dialyse, die Neuverortung des Schlaflabors, die Neuverortungen der Gynäkologie- und Urologie-Sonderklasse, sowie, als Großprojekt bis 2020, die Neu- und Umbauarbeiten in der CDK. Dazu wurden zahlreiche kleinere Projekte krankenhaushygienisch beraten und begleitet.

Von den Hygienefachkräften und Hygienefachkräften in Ausbildung wurden 1 185 Erst-Beratungsgespräche zur hygienischen Relevanz mikrobiologischer Befunde und etwaiger daraus resultierender Hygiene- und Isoliermaßnahmen durchgeführt.

Die geplante schriftliche Dokumentation der Hygienekonsile in ORBIS konnte ab Mitte des Jahres in Form interner Befunde umgesetzt werden, wodurch Missverständnisse und Informationsverluste durch mündliche Weitergabe von Informationen verhindert werden können.

Durch die in der Saison 2017/2018 besonders ausgeprägte und anhaltende Influenzawelle musste zusätzlich das hygienische Management 681 stationärer Influenzapatienten betreut und begleitet werden.

Die projektierte zweitägige Ausbildung für Hygienekontaktpersonen wurde in Absprache mit der Pflegedirektion auf ein vorbereitendes E-Learning-Tool und eine eintägige Präsenzs Schulung abgeändert, inhaltlich geplant und in Zusammenarbeit mit der Fort- und Weiterbildungsakademie für 2019 terminisiert.

Weiters kam das Projekt "Saubere Hände" zur Umsetzung. Unter dem Titel "Wir verzichten auf das Händeschütteln" leistet die SALK einen weiteren Beitrag zur Vermeidung von im Spital erworbenen Infektionen, da über 80% der Infektionen über die Hände übertragen werden.

Die strukturierten Hygienevisiten auf den bettenführenden Stationen wurden weitergeführt und um Ambulanz- und OP-Bereiche erweitert.

Eine Reihe von Richtlinien wurde neu erstellt bzw. komplett überarbeitet, beispielsweise zur Legionellenprophylaxe, zu Erstmaßnahmen bei Tuberkuloseverdacht oder zum Management von VRE-Patienten.

Es wurden Treffen mit den Hygienekontaktpersonen der einzelnen Stationen organisiert, interne, externe und anlassbezogene Schulungen zu konkreten Fragestellungen für verschiedene Berufsgruppen durchgeführt und an Arbeitsgruppentreffen und Jour fixes teilgenommen.

Die Themenbereiche der Arbeitsgruppen erstreckten sich von der Medizinproduktaufbereitung über die Anschaffung hygienerelevanter Güter, Wundmanagement, Wäscheversorgung, der Ernährungskommission, Arzneimittelkommission bis zur Reinigung.

An fünf Abteilungen wurden prospektiv sogenannte "KISS-Erfassungen" postoperativer Wundinfektionen und an vier Abteilungen Erfassungen Device-assoziiierter Infektionen auf Intensivstationen durchgeführt. Auf der Neonatologie fand eine Infektionssurveillance auf Basis von Neo-KISS statt.

Alle Begehungen und Verhandlungen im Rahmen der sanitären Einschau oder sanitätsbehördlicher Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverhandlungen wurden vorbereitet und begleitet.

Durch den Hygienetechniker wurden die Steckbeckenspüler, Reinigungs- und Desinfektionsgeräte für Instrumente, Reinigungs- und Desinfektionsgeräte für flexible Endoskope und Thermodesinfektoren bzw. Industriespüler auf ihre Desinfektions- und Reinigungsleistung überprüft.

Alle Mitglieder des Hygieneteams besuchten zur eigenen Fortbildung sämtliche relevanten Kongresse im deutschsprachigen Raum und berichteten im Rahmen der internen Besprechungen über Neues und Änderungen in der Hygiene. Auch am Jahreskongress der europäischen Fachgesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten wurde teilgenommen.

OA Dr. P. Stalzer

Leiter des Zentrums für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle