



Diakoniewerk
O s n a b r ü c k g G m b H



Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land

Betriebsteil Dissen



Qualitätsbericht 2004 - Systemteil-

Stand: 08.08.05

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

***Die Strukturdaten des Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land
(Betriebsteil Dissen) sind im Basisteil des
Qualitätsberichtes 2004 einzusehen.***

Systemteil	3	
D	Qualitätspolitik	3
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	28
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	28
E-2	Qualitätsbewertung	10
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	35
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	36
G	Weitergehende Informationen	42

Systemteil

D Qualitätspolitik

Zum Diakoniewerk Osnabrück gGmbH gehören neben den zwei Akutkrankenhäusern weitere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, wie Altenhilfe- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, Ausbildungsstätten sowie ein ambulanter Pflegedienst und die Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Familien.

Alle Einrichtungen arbeiten auf dem Fundament eines gemeinsamen, christlich orientierten Trägerleitbildes, das von Vertretern aller Einrichtungen zusammen mit der Geschäftsführung entwickelt und 2001 in Kraft gesetzt wurde.

Abgeleitet von dem Trägerleitbild ist 2003 / 2004 in einem gemeinschaftlichen Prozess der beiden Krankenhäuser das Klinikleitbild entstanden, das die Werte und Philosophie des Klinikunternehmens verdeutlicht sowie die Basis der Qualitätspolitik darstellt.

Entsprechend des **Auftrages** des Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land engagieren sich die Verantwortlichen zum **Wohl der Menschen**, wobei die fachlich hochwertige Behandlung und Versorgung sowie die persönliche Betreuung der Kunden eine hohe Priorität genießt; z.B. in Form von:

- Facharztstandard in allen Abteilungen
- Pflegestandards
- Alternative Behandlungsmethoden (Akupunktur)
- Individuelle Menüplanung durch eigene Küche im Haus (Diätassistentin), Ernährungsberatung

Im **Mittelpunkt** aller Bestrebungen stehen **zufriedene Kunden** (Patienten, Angehörige, Gäste, etc.). Formuliert im Klinikleitbild und umgesetzt im täglichen Handeln, heißt das für die Mitarbeiter: *“...Wir begegnen Ihnen und den Menschen aus Ihrem sozialen Umfeld mit Freundlichkeit, Offenheit und Engagement. Mit Transparenz und verständlicher Aufklärung über Erkrankungen und Therapien schaffen wir eine vertrauensvolle Basis. Eine gute Unterbringung liegt uns dabei sehr am Herzen: Wir sorgen für eine angenehme Atmosphäre, in der sich Menschen aufgehoben, wohl und zufrieden fühlen können.“*

Eine patientenorientierte Atmosphäre im Klinikum wird in erster Linie geschaffen durch das **wertschätzende, respektvolle Miteinander** in der täglichen Arbeit, sowie durch

- Patientenwegleitsystem
- Familienzimmer – Aufnahme von Begleitpersonen
- fortlaufende Renovierungsarbeiten in den Behandlungseinheiten und Patientenzimmern
- Telefon und TV (Premiere) in jedem Patientenzimmer
- Koordinierung von Behandlungsabläufen zur Vermeidung von Wartezeiten
- Kunst im Krankenhaus
- Öffentliches Café in der Klinik
- Rooming-In in der geburtshilflichen Abteilung

Die Patienten dauerhaft professionell zu versorgen und damit den gesellschaftlichen Auftrag ernst zu nehmen, beinhaltet auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im

Blick zu halten sowie konstruktiv und ergebnisorientiert zu kommunizieren. Die interne und externe **Zusammenarbeit vertrauensvoll** zu gestalten ist Ziel des Klinikums und bereits im Leitbild festgeschrieben:

„Damit beides erfolgreich gelingt, arbeiten wir innerhalb des Hauses eng zusammen. Als Bereiche, Abteilungen und Berufsgruppen kooperieren wir und nutzen so die vielfältigen Ressourcen.“

„Erfolgreiche Zusammenarbeit ist unser Ziel. Deshalb begegnen wir uns ehrlich, vertrauensvoll und wertschätzend. Unsere unterschiedlichen Kompetenzen betrachten wir als Ergänzung und Bereicherung. Leistungen, Strukturen und Prozesse verbessern wir kontinuierlich und nachhaltig, aus Fehlern lernen wir und schaffen damit Voraussetzungen für die Weiterentwicklung von Mitarbeitern und Organisation.“

Die Umsetzung dieser Qualitätspolitik im Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land zeigt sich u.a. darin, dass nicht nur die gesetzlichen Auflagen beachtet werden, sondern dass die gesamte Aufbau- und Ablauforganisation (vgl. auch Systemteil – Punkt E) so strukturiert ist, dass die wichtigsten Abläufe kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dazu einige Beispiele:

- Personaleinsatzplanung unter wirtschaftlichen und gesetzlichen aber dennoch mitarbeiterorientierten Aspekten
- Vernetztes Krankenhausinformationssystem
Datenschutz, Dokumentation, EDV
- Transfusionskommission, Hygiene- und Arbeitssicherheitskommission
- Regelmäßige Dienst- und Leitungsbesprechungen
- Themenbezogene Arbeits- und Projektgruppen

Nicht nur innerhalb des Klinikums sondern auch nach außen wird ein **partnerschaftliches Netzwerk** gepflegt, das im Klinikleitbild verankert ist.

„Mit unseren Partnern im Gesundheitswesen gestalten wir in hoher Qualität die Versorgung unserer Patienten. Wir sorgen für vernetzte Strukturen, damit unsere Patienten umfassend betreut werden. Wir achten auf reibungslose und nachvollziehbare Prozesse, damit unsere Patienten sich im Netzwerk der Hilfsangebote orientieren und sicher fühlen können.“

Oberste Zielsetzung bei allen internen und externen Bestrebungen ist die bestmögliche und qualifizierte Versorgung der Patienten innerhalb der Klinik, sowie auch darüber hinaus. Dazu gehören u.a.:

- Pflegeüberleitung
- Zeitnahe Arztbriefe
- Vernetzung - Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste, Sozialdienst, Essen auf Rädern
- Enger Kontakt mit Beleg- und niedergelassenen Ärzten nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen
- Schulungs- und Fortbildungsangebote als Personalentwicklungsmaßnahme in Kooperation mit weiteren Kliniken sowie im Verbund `Institut für Bildung und Gesundheit` (das Klinikum zählt mit zu den Gründungsmitgliedern)
- Ausbildung von Krankenpflegepersonal
Zusammenschluss der Krankenpflegeschulen in Dissen und Melle

Gemäß dem Trägerleitbild „...orientieren wir uns in unserem Tun an den von der Gesellschaft gesetzten Rahmenbedingungen und versuchen, diese zum Wohle der uns anvertrauten Menschen weiter zu gestalten.“ (vgl. Trägerleitbild des Diakoniewerk Osnabrück gGmbH).

Auf dieser Grundlage wurden die Unternehmensziele für den Berichtszeitraum 2004 maßgeblich an den gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen ausgerichtet. Unter den gegebenen Konzessionen hat die Weiterentwicklung der Qualität in der Patientenversorgung eine besondere Bedeutung. Dieser Herausforderung hat sich das Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land gestellt, was sich u.a. in der Zielsetzung (s.o.) und Projekten (s. unter F-Systemteil) im Jahr 2004 widerspiegelt.

Übergeordnetes Ziel war und ist, die regionale und strukturelle Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung eines effizienten Ressourceneinsatzes zu gewährleisten, wobei auf die Zufriedenheit der Kunden und die hohe Qualität der Versorgung besonderes Augenmerk gelegt wird.

Zur Zielerreichung wurden u.a. die beiden Klinikstandorte des Diakoniewerkes Osnabrück organisatorisch zusammen geführt und medizinische Versorgungsschwerpunkte an beiden Standorten gebildet. Dadurch können zum einen Synergieeffekte genutzt werden, zum anderen profitieren beide Standorte von dem Know-how und den Erfahrungen der Gesamtmitarbeiterschaft.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Auf Grundlage der Vereinbarung nach §137 SGB V werden an ein klinikinternes Qualitätsmanagement (QM) grundsätzliche Anforderungen gestellt, an denen sich das Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land orientiert: unter Qualitätsmanagement wird danach eine Managementmethode verstanden, die die Qualität in den Mittelpunkt des Handelns stellt und bestrebt ist, die Bedürfnisse der Kunden kontinuierlich (Patienten, Angehörige, Gäste, Niedergelassene, Kostenträger, Mitarbeiter, etc.) zu berücksichtigen.

Das QM-System kann in dieser Hinsicht kein isoliert zu betrachtendes System in der Klinikorganisation sein. Vielmehr ist es ein Teil der gesamten Aufbau- und Ablaufstruktur zur Gewährleistung der Qualität. Besonders wichtig ist den Mitarbeitern des Klinikums dabei:

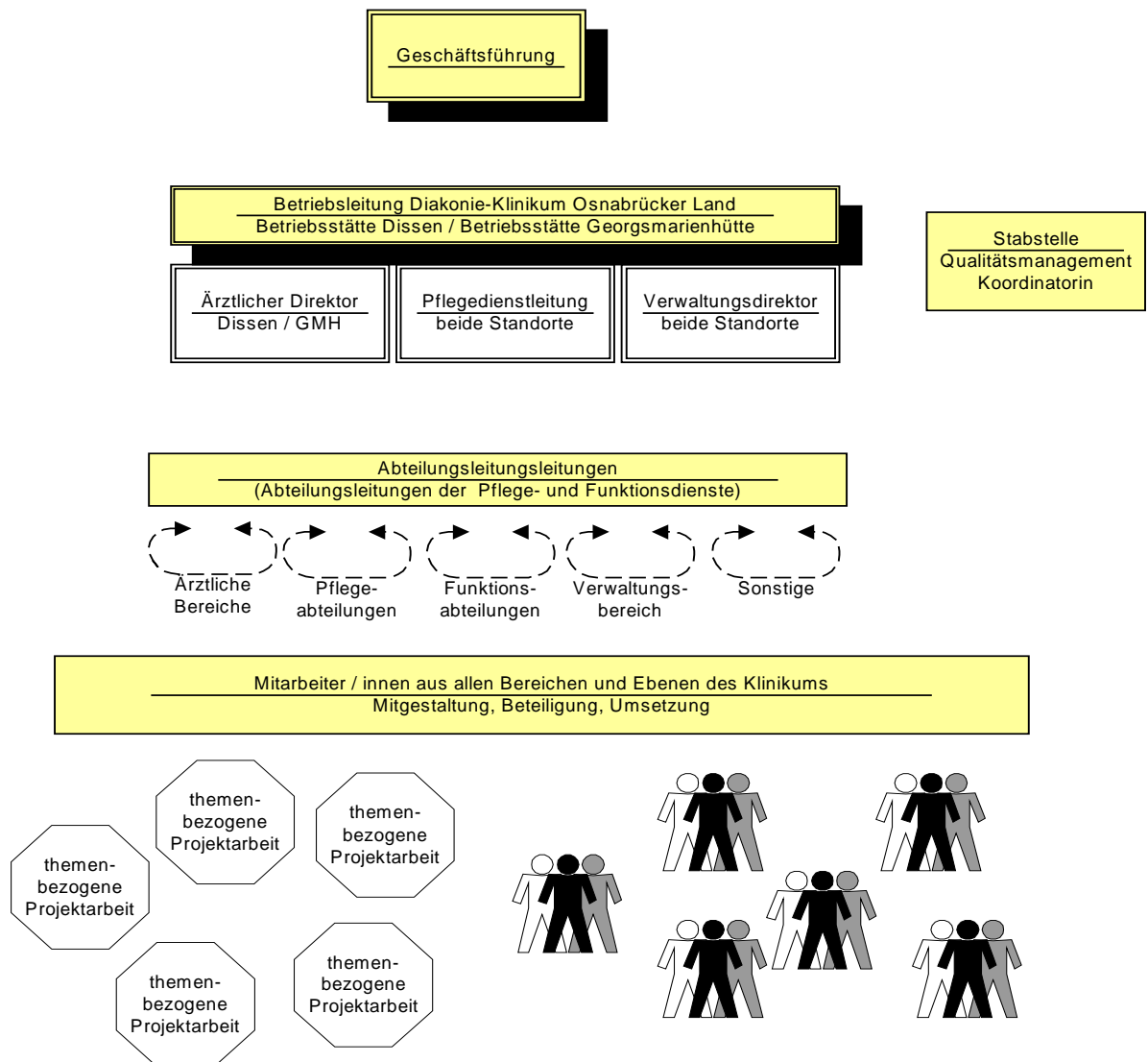
- ✓ die fach-, abteilungs- und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit aller an der Patientenbetreuung beteiligten Bereiche.
- ✓ die kontinuierliche Weiterentwicklung von Leistungsangeboten und Abläufen zur Steigerung der Kundenzufriedenheit.

Um die bestmögliche Versorgung und Betreuung der Kunden sowie hohe medizinische Qualitätsstandards unter Berücksichtigung eines effizienten Ressourceneinsatzes zu gewährleisten wurden im September 2004 die beiden Klinikstandorte des Trägers organisatorisch zusammengeführt.

Zur Erreichung der Qualitätsziele und um die Zusammenführung reibungslos zu gestalten, wurde in der Vorbereitung der Neustrukturierung die ursprüngliche Aufbaustruktur des QM-Systems umgestellt.

Die ehemals vierteljährlich getrennt stattfindenden Lenkungsreise (bestehend aus Geschäftsleitung, Betriebsleitung, Chefärzte und QM-Koordinatorin) wurden ebenso wie die regelmäßigen Abteilungsleitungssitzungen (bestehend aus Verwaltungsdirektor, Pflegedienstleitung, Oberärzten, Abteilungsleitungen aller Bereiche und QM-Koordinatorin) zusammengeführt. Daraus entstanden standortübergreifende Gremien, durch die der QM-Prozess gesteuert wird.

Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements im Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land



Die Verantwortung für das gesamte Qualitätsmanagement beginnt auf der obersten Leitungsebene. Geschäftsführung und Betriebsleitung übernehmen dabei u.a. die Verantwortung zur kontinuierlichen Verbesserung eines QM-Systems, das den Kunden in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellt sowie die Ziel- und Strategieplanungen.

Steuerung und Weiterentwicklung der operativen QM-Aktivitäten obliegt der **Betriebsleitung**. In regelmäßigen Sitzungen, an denen auch die **Chefärzte**, die QM-Koordinatorin sowie themenbezogen weitere Mitarbeiter teilnehmen, werden u.a. folgende Aufgaben wahrgenommen:

- operative Zielplanungen
- Themendefinition und Formulierung entsprechender Arbeitsaufträge
- Maßnahmenplanung und systematische Ergebniskontrolle
- Sicherstellung der Einbindung und Information der Mitarbeiter/-innen
=> Einbringen praxisrelevanter Themen
- Kommunikation und Umsetzungscontrolling
=> Information und Motivation der Mitarbeiter sowie nachhaltige Durchsetzung von Veränderungsbeschlüssen aus Projekten, Optimierungs-Workshops und Kontinuierlichen Verbesserungsprozessen

Mit der Einrichtung einer **Stabstelle zur Koordination des Qualitätsmanagements** im Jahre 1998 wurden bereits die ersten Grundlagen für ein systematisches Qualitätsmanagement geschaffen, das bis heute kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Seit 2000 gibt es eine übergreifende Stabstelle für das Qualitätsmanagement (zuständig für zwei Kliniken des Diakoniewerk Osnabrück gGmbH), die in Absprache mit der Geschäftsführung organisatorisch direkt bei der Betriebsleitung angebunden ist.

Die QM-Koordinatorin nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Mitwirkung bei der Planung und Prozessbegleitung bei der Umsetzung von Qualitätszielen
- Einbindung und Information der Mitarbeiter/innen
- Weiterentwicklung des QM-Systems
- Unterstützung und Beratung der Führungskräfte zu folgenden Themen:
 - Qualitätsmanagement (Systementwicklung und -pflege)
 - Unterstützung bei der Entwicklung spezifischer Instrumente und Konzepte
 - Mitwirkung bei der Entwicklung und Einführung von Standards und Leitlinien
 - bedarfsorientierte Schulungen der Mitarbeiter/innen
 - Moderation u./ o. Leitung einzelner Projekte, Arbeitsgruppen sowie Moderation / Begleitung bei der Optimierung von (Teil-) prozesse
- QM-Handbuchentwicklung (zur internen Qualitätssicherung)
- Unterstützendes Controlling durchgeführter Verbesserungsmaßnahmen

In den vierteljährlichen **erweiterten Abteilungsleitungs runden** (Betriebsleitung, Oberärzte, Abteilungsleitungen aller Fachbereiche) sowie in den monatlichen **Abteilungsleitungssitzungen** der Pflege- und Funktionsabteilungen (unter Beteiligung von Betriebsleitungsmitgliedern) werden die geplanten, laufenden und umgesetzten QM-Aktivitäten besprochen, Projektgruppen zusammengesetzt, aktuelle Themen aufgenommen und ggf. weitere Maßnahmen konkretisiert.

Die Mitarbeiter aller Bereiche und Abteilungen bekommen die Informationen zum einem über die Protokolle und zum anderen in der direkten Regelkommunikation mit den jeweiligen Vorgesetzten.

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung werden als Bestandteile der täglichen Arbeit verstanden, wobei alle Bereiche der Klinik einbezogen werden.

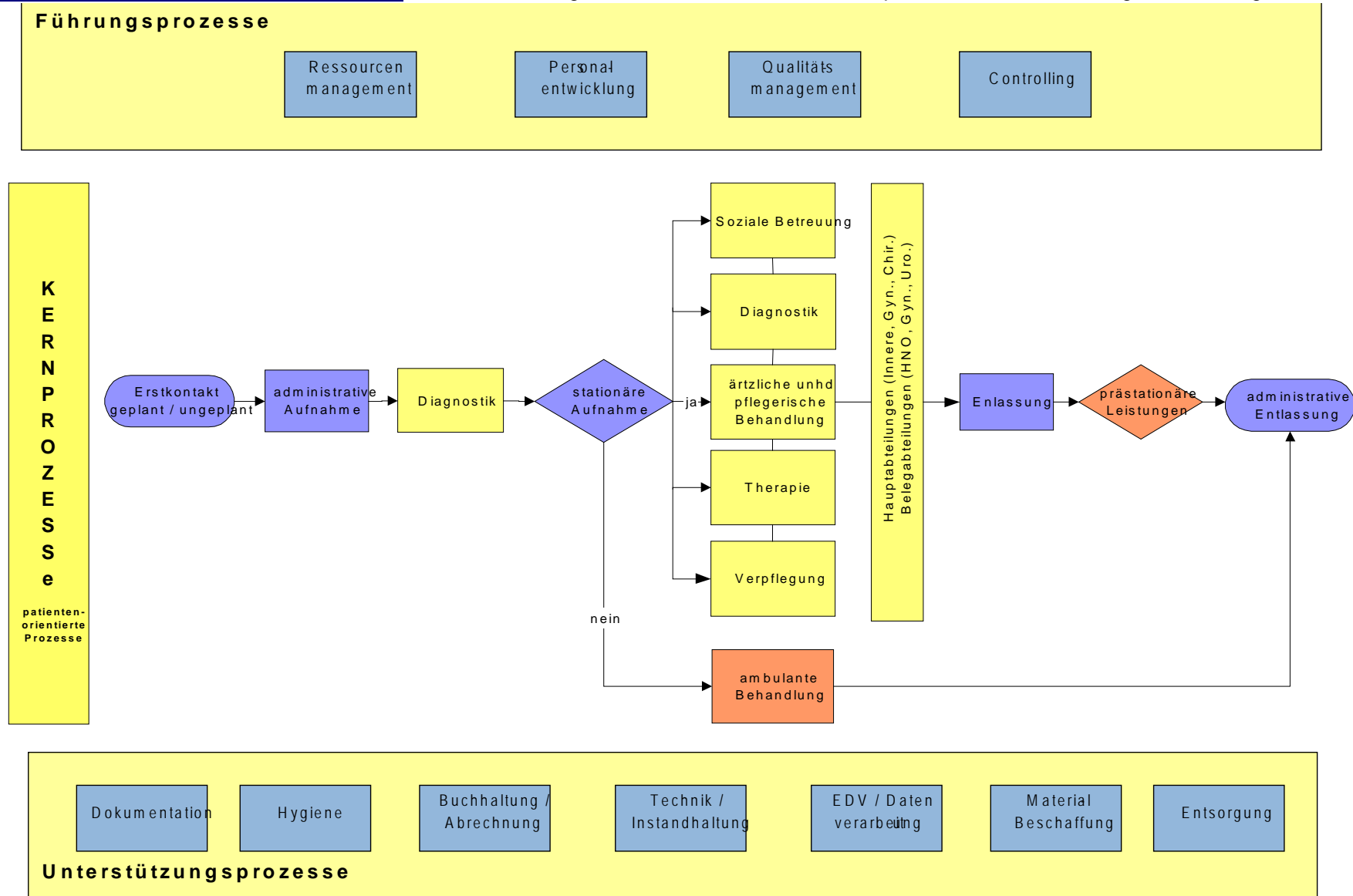
Projektgruppen und **Arbeitskreise** im Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land werden folglich je nach Erfordernis der Aufgabe interdisziplinär und hierarchieübergreifend zusammengesetzt.

Die Durchführung und Umsetzung vereinbarter Maßnahmen ist **Aufgabe aller Mitarbeiter** im Klinikum. Dazu gehört entsprechend der unterschiedlichen Aufgabenfelder:

- Beteiligung an QM-Entwicklungen
- inhaltliche Gestaltung von Abläufen / Prozessoptimierungen
- Kundenorientiertes Handeln im Team und in der täglichen Arbeit mit Patienten, Angehörigen und Gästen

Ablauforganisation und Prozessübersicht

Anhand der folgenden Prozessübersicht wird die prozessorientierte Klinikorganisation dargestellt.



Die Qualitätsbestrebungen im Klinikum gehen in vielfältige Richtungen, wobei folgende Grundsätze als Orientierung dienen:

- **Prozessorientierung statt Bereichsdenken**
- **Die richtigen Dinge tun, die Dinge richtig tun** (schon beim ersten Mal)

Verglichen mit einem Uhrwerk das nur reibungslos läuft, wenn alle Rädchen ineinander greifen, funktioniert ein patientenorientierter Klinikbetrieb nur dann, wenn alle Abläufe der unterschiedlichen Fachbereiche aufeinander abgestimmt sind. Eine Grundidee im Qualitätsmanagement ist es deshalb, die wesentliche Arbeitsabläufe (Schlüsselprozesse) transparent, effektiv und effizient zu gestalten.

Trotz des engagierten Einsatzes von den Mitarbeitern des Klinikums, können in den komplexen Abläufen im Klinikum 'Mängel' auftreten, die Anlass geben, die professionelle Arbeit weiterzuentwickeln. Durch die o.g. Aufbauorganisation wird gewährleistet, dass die Themen erkannt, benannt und bearbeitet werden und das Qualitätsniveau für den Kunden gehalten und weiterentwickelt werden kann.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Diakonie-Klinikum hat sich an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt:

Ist-Analyse (Cross-Check-Analyse) nach pCC / KTQ

Bereits 2003 wurde nach umfangreicher Vorbereitung eine umfassende Selbstbewertung nach den Anforderungen des pCC / KTQ - Zertifizierungsverfahrens im damaligen Albertinenkrankenhaus durchgeführt.

Eigens für die Selbstbewertung geschulte Mitarbeiter aus allen Fachbereichen und Hierarchieebenen haben gemeinsam mit Geschäftsführung und Betriebsleitung sowie mit Unterstützung der Qualitätsmanagement-Koordinatorin die umfangreichen Themen des pCC / KTQ Fragenkataloges bearbeitet.

Basierend auf den unten aufgeführten Qualitätskategorien wurden zu allen untergeordneten Kriterien und Fragestellungen die Stärken und Entwicklungspotenziale des Klinikstandortes herausgearbeitet und nach einem festgelegten Punktesystem bewertet:

- Patientenorientierung in der Krankenhausversorgung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Trägerverantwortung und Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement
- Spiritualität
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

Ziel war u.a. auf der Grundlage der systematisch ermittelten Selbstbewertungsergebnisse die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Klinik im Sinne der o.g. Qualitätspolitik weiter zu entwickeln.

Systematische Prozessbewertung im Reorganisationsprozess

Der aus der pCC/KTQ-Cross-Check-Analyse entstandene Bericht und Maßnahmenkatalog diente auch im Reorganisationsprozess im Rahmen der Klinikumstrukturierung in 2004 als Grundlage für eine fortlaufende Bewertung der wichtigsten Prozesse.

Konkret bedeutete das, dass im Rahmen der Umstrukturierung und Zusammenführung der Kliniken wichtige Kernprozesse hinterfragt und bewertet wurden, wobei die entsprechenden Fragestellungen des pCC / KTQ-Kataloges sowie die Ergebnisse aus der Selbstbewertung eine wichtige Orientierungshilfe darstellten.

Die daraus gezogenen Ergebnisse boten zusammen mit den o.g. Qualitätszielen die Grundlage für Projekte und Prozessoptimierung im Berichtszeitraum 2004.

Reorganisationsprozess von zwei Krankenhäusern (+ Sucht-Reha-Klinik) und damit verbundene Bewertungen



Anmerkung:

Die Planungen zur organisatorischen Zusammenführung des Albertinenkrankenhauses in Dissen und dem Diakonie-Krankenhaus in Georgsmarienhütte zogen im Frühjahr 2004 die 'Suche' nach einem neuen gemeinsamen Logo für das zukünftige Diakonie-Klinikum Osnabrücker-Land auf Ebene der Geschäftsführung und Betriebsleitung nach sich.

Neben den beiden Akutkrankenhäusern sollte sich auch die Sucht-Rehaklinik "Haus Möhringsburg", dessen Umzug nach Georgsmarienhütte für 2005 geplant ist, in dem neuen Logo wiederfinden. So entstand das Bild von drei Figuren unter einem Dach, die auch gleichzeitig die generationsübergreifende Arbeit der Klinikbereiche symbolisieren.

Im Verlauf der Klinikumstrukturierung wurde das gesamte Klinikwegleitsystem der beiden Standorte neu beurteilt und entsprechend der neuen Versorgungsschwerpunkte aktualisiert und kundenfreundlicher gestaltet.

Da auch interne Formulare, EDV-Vorlagen und öffentliche Schriftstücke mit dem neuen Logo versehen werden mussten, wurde die Chance genutzt, neben dem Layout auch die Inhalte systematisch zu überprüfen und ggf. nutzerfreundlicher und kundenorientierter zu gestalten.

Im Zuge der aktuellen Entwicklung im Gesamtklinikum wurden die bestehenden Prozesse und Leistungsangebote unter Einbeziehung der Kundenrückmeldungen und Mitarbeitererfahrungen kritisch betrachtet und bewertet. Daraus ergaben sich sowohl Bestätigung für die Qualität der bestehenden Abläufe und Behandlungsleistungen wie auch Erkenntnisse über bestehende Entwicklungspotenziale, die zur Projekten und eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen führten.

Klinikleitbild und Führungsgrundsätze

Neben den o.g. vielfältigen prozess-, struktur- und ergebnisbezogenen Bewertungen wurde 2004 die Chance genutzt, auch die bestehende Unternehmensphilosophie auf der Grundlage des Trägerleitbildes zu diskutieren.

In einem gemeinsamen Prozess einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe beider Betriebsteile entstand das diesem Bericht zugrundeliegenden Klinikleitbild sowie gemeinschaftlich verabschiedete Führungsgrundsätze.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Nach § 137 SGB V sind alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet bestimmte Krankheiten und Behandlungsverfahren umfangreich zu Dokumentieren. Diese Datensätze werden an Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung übermittelt und dort zentral ausgewertet. Die Dokumentationsrate im Diakonie-Klinikum / Betriebs teil Dissen ist überdurchschnittlich hoch, sie liegt bei 101,9%.

Eine Übersicht der Dokumentationsrate ist im Basisteil unter C-1 aufgeführt.

F Qualitätsmanagementprojekte - 2004

Projekte im Diakonie-Klinikum werden je nach Thema und Aufgabenstellung fach-, berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifend initiiert.

Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten größeren und kleineren Projekte, werden im folgenden nur ausgewählte Beispiele erläutert.

Projekte des Qualitätsmanagements, die im Berichtszeitraum durchgeführt wurden:

OP-Reorganisation

Im Zuge von Renovierungs- und Umbaumaßnahmen im OP-Bereich, startete im April 2004 ein groß angelegtes Projekt im Reorganisationsprozess des Klinikums. Die Kick-Off Veranstaltung setzte sich interdisziplinär zusammen - bestehend aus Geschäftsführung, Betriebsleitung, Chefarzten, Belegärzten, Pflegemitarbeiter, Hygienebeauftragte, Funktionsabteilungen, EDV-Abteilung – anschließend wurde aufgabenbezogen in kleineren Gruppen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten gearbeitet.

Begleitet wurde das gesamte Projekt durch eine externe Beratungsfirma.



Zielsetzung des Projekt:

- Erarbeitung verbindlicher, schriftlich fixierter Organisationsregeln zur Erhöhung der Planungs- und Ablaufsicherheit im OP (inkl. Minimierung der Wechselzeiten)
- Optimierung der Infoweiterleitung und der Kommunikation
- Weiterentwicklung der EDV-gestützten Dokumentation

Ergebnis: Das im Sommer '04 verbindlich verabschiedete OP-Statut dokumentiert die gesamte, umfassende OP-Organisation, legt die Kommunikations- und Infowege transparent dar und verdeutlicht Abläufe und Verantwortlichkeiten (inkl. Vor- und Nachbereitungen von Operationen, Sterilisation und Materialwirtschaft).

Eine weitere Verbesserung für Patienten und auch für die klinikinternen Abläufe, ist der geplante Aufwachraum – das Projekt soll 2005 umgesetzt werden.

Patientendokumentation / Pflegedokumentation

Ein im Nov. '03 gestartetes Projekt zur Optimierung und Angleichung der Patientendokumentation in beiden Betriebsteilen des Diakonie-Klinikums wurde bis Ende 2004 in Form etlicher Teilprojekten fortgesetzt.

Nach Bestandsaufnahme der bestehenden Dokumentation wurden Rückmeldungen aus den unterschiedlichen Fachabteilungen gesammelt und bei der Neuarbeitung berücksichtigt.

Als Ergebnis steht ein interdisziplinär angelegtes, einheitliches und den Anforderungen von Mitarbeitern und Gesetzgeber entsprechendes Dokumentationssystem zur Verfügung. Da nahezu alle Vorlagen selbst

entwickelt und in die EDV eingegeben wurden, kann jederzeit auf Verbesserungspotenziale oder neue (gesetzliche) Anforderungen reagiert werden.

Parallel wurden unterstützende EDV-Dokumente und EDV-Transferwege eingerichtet, die einen zügigen und reibungslosen Ablauf erleichtern und somit für eine effiziente Nutzung zeitlicher Ressourcen sorgen.

Die Einführung der neuen Dokumentation wurde in mehreren Abschnitten vollzogen, so dass die Mitarbeiter die Gelegenheit hatten sich kontinuierlich einzuarbeiten und ein reibungsloser Übergang gewährleistet wurde.

Zentral-Steri

Nach der 2003 durchgeführten Planung- und Umbauphase des `alten` Steris und der umfangreichen Neuausstattung wurde im Januar '04 der neue Zentralsteri in Betrieb genommen. Dementsprechend wurden im ersten Quartal '04 die internen logistischen Abläufe neu definiert. Damit verbunden war die Erarbeitung und Standardisierung des validierten Instrumentweges vom Patienten bis zum Patienten.

Mit dem Einsatz neuer EDV-Programme, konnte die Dokumentation der Instrumentenaufbereitung umgestellt und auf den neusten Stand der Technologie gebracht werden. Die Qualität der Aufbereitung unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften ist somit jederzeit ohne aufwendige Verwaltungsarbeiten nachvollziehbar.



Die Festlegung aller Instrumente für die verschiedenen operationsspezifischen Siebe in schriftlicher und fotografischer Form erfolgte parallel. Dadurch wird gewährleistet, dass jeder Operateur gleichgepackte Instrumentensiebe vorfindet, die im Sinne der Patienten eine professionelle und zügige OP-Ablauforganisation sicherstellt.

Vernetzungsprojekt - Klinikum / Sozialdienst, Kurzzeitpflege, ambulanter Pflegedienst

Im Juli 2004 startete das Vernetzungsprojekt zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten Pflegedienst, dem Klinikum und der Kurzzeitpflege (alle in Trägerschaft des Diakoniewerk Osnabrück gGmbH). Ziel war vor allem die Steigerung der Kundenzufriedenheit durch eine umfassende, aktive Beratung der Patienten und Angehörigen über alle Versorgungsangebote.

Projektteilnehmer aus allen beteiligten Diensten und Einrichtungen erarbeiteten unter Moderation der QM-Koordinatorin die Analyse des Ist-Zustandes und Definition des Soll-Zustandes zu folgenden Themenbereichen:

- Planung der `internen` Abläufe
Regelung der Verantwortlichkeiten,
Organisation des Rufdienstes
- Entwicklung von Controlling-
instrumentarien für die
Umsetzungsphase

- Konzeptionelle Weiterentwicklung des Entlassungs- und Überleitungsmanagements

Ergebnis: die Abläufe wurden aufeinander abgestimmt, der amb. Pflegedienst hat im September 2004 die Räumlichkeiten gewechselt und ist nun direkt im Klinikum auf kurzem Wege zu erreichen.

Einrichtungen und Kliniken in Osnabrück und Umgebung werden von Zentraler Stelle regelmäßig (mehrmals wöchentlich) über freie Plätze der Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflegeplätze aus Einrichtungen des Werkes informiert.

Bereits während der Arbeitsphase der Projektgruppe, wurden Regelungen umgesetzt und durch die ersten positiven Patienten- und Mitarbeiterrückmeldungen bestätigt.

Internes Notfallmanagement – Konzeptaktualisierung

Abgeleitet aus der pCC / KTQ –Cross-Check-Analyse setzte sich im April 04 eine interdisziplinäre Projektgruppe an die Überarbeitung des bestehenden Notfallkonzeptes. Als Ergebnis wurde ein Konzept umgesetzt, das die verzögerungsfreie, einheitliche, am aktuellen Wissenstand orientierte Versorgung hausinterner Notfälle sicherstellt. In diesem Zusammenhang wurden die Standorte der Notfallkoffer an

die klinikinternen Strukturen angepasst und überall neue, einheitlich standardisierte Notfallausrüstungen angeschafft. Sämtliche mit der Notfallversorgung verbundene organisatorische Abläufe, systematische Mitarbeiterschulungen sowie regelmäßige Ausrüstungsprüfungen sind in schriftlichen Verfahrensstandards nachzulesen.

Behandlungsleitfaden für 'hirngeschädigte Patienten' auf Basis des Bobath-Konzept

Eine interdisziplinär zusammengesetzte Projektgruppe, bestehend aus Ärzten der Inneren Medizin, Pflegemitarbeiterinnen der Intensivstation und Inneren Abteilung sowie Physio- und Ergotherapeuten, erarbeiteten einen Versorgungsleitfaden für hirngeschädigte Patienten, der eine optimale Versorgung und Behandlung vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag sicherstellt. Der Projektauftrag umfasste neben der Konzepterstellung auch die Umsetzungsplanung, die Schulung der Mitarbeiter sowie die Entwicklung eines Verfahrens zur Effektivitätskontrolle.

Als Ergebnis stand Ende 2004 ein praxisnaher Versorgungsleitfaden, der unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse die kompletten Behandlungsleistungen beschreibt.

Der "Diagnoseorientierte Versorgungsleitfaden" stellt die Grundlage für die interdisziplinäre Versorgung von hirngeschädigten, insbesondere von

Schlaganfallspatienten im Diakonie-Klinikum dar. Er sichert eine einheitliche, qualitativ hochwertige und am aktuellen Wissenstand aller Disziplinen ausgerichtete Behandlung.

In einem gesonderten Anhang zum Leitfaden wird die Grundlage für die physikalische Versorgung von hirngeschädigten Patienten konkretisiert dargelegt.

Die regulären Arbeitszeiten der Physikalischen Therapie wurden durch eine Wochenendregelung ergänzt, so dass die optimale Versorgung auch am Wochenende gewährleistet ist.

Die Schulungen für praxisorientiertes Training der Mitarbeiter beginnen Anfang 2005.



Zusammenführung der Röntgenabteilungen und des Labors von zwei Klinikbetrieben

Zur Sicherstellung einer am Bedarf orientierten und qualitativ hochwertigen Diagnostik an beiden Klinikstandorten arbeiten die Abteilungen beider Betriebsteile seit Sommer 2004 eng vernetzt zusammen. Die grundlegenden Diagnostikverfahren werden auch nach der Klinikzusammenführung an beiden Standorten (Dissen und GMH) durchgeführt, während der diagnostische Schwerpunkt im Betriebsteil Dissen angesiedelt ist.

Die engagierten Mitarbeiter beider Betriebsteile bilden jeweils ein standortübergreifend einsetzbares Team. Zur Sicherstellung zügiger Diagnostikverfahren wurde ein regelmäßiger Pendeldienst eingerichtet sowie die EDV-Vernetzung auf modernsten technischen Stand gebracht. Planungen für den weiteren Ausbau qualitativ hochwertiger Laborleistungen haben 2004 begonnen und werden 2005 nach Fertigstellung der neuen Laborräumlichkeiten in die Praxis umgesetzt.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wurden neben den punktuell stattfindenden Vorträgen zu medizinischen Fachthemen regelmäßig neue Projekte initiiert.

➤ - Ausstellungsprojekte

Kunstaussstellungen in Zusammenarbeit mit umliegenden Schulen



➤ **100 jähriges Jubiläum des Betriebsteils Dissen**

Ein einmaliges Projekt konnte 2004 mit dem 100-jährigen Jubiläum des Albertinenkrankenhauses durchgeführt werden. Am 16. September wurde in einem offiziellen Festakt gleichzeitig der neue Klinikname sowie das Konzept der firmierenden Betriebsteile Dissen und Georgsmarienhütte vorgestellt.

Ein abwechslungsreiches Programm auf hohem Niveau erwartete die zahlreich erscheinenden Besucher zum Tag der offenen Tür:

Neben professionellen Führungen haben die Besucher auch in Eigenregie

Einblicke in den Krankenhausalltag sowie in das Leistungsspektrum des Diakonie-Klinikums erhalten.

Eine historisch wertvolle Ausstellung im Eingangsbereich bestand aus Gegenständen der eigenen Historie sowie aus Exponaten des Stadtmuseums Gütersloh.

In einer eigens zu diesem Anlass durch einen Historiker recherchierten Chronik wurden die "100 Jahre Albertine" - Geschichte als Buch für Interessierte veröffentlicht.



G Weitergehende Informationen

Kontakt:

Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land

Anschrift: Robert-Koch-Straße 1
49201 Dissen

Telefon 05421 / 302-0

Internet www.diakonie-klinikum-osl.de

E-Mail-Adresse: info@diakonie-klinikum-osl.de



Verantwortlich für die Inhalte des Qualitätsberichts ist die Betriebsleitung und für die Erstellung die Qualitätsmanagement-Koordinatorin des Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land.

Ansprechpartner:



Verwaltungsleitung: Herr Mark Reinarz
 mark.reinarz@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-221

Ärztlicher Direktor: Herr Peter Poloczek
 peter.poloczek@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-341

Pflegedienstleitung: Frau Svetlana Mielke
 svetlana.mielke@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-215



Qualitätsmanagement-Koordinatorin Frau Ute Pieper-Kampmeyer
 ute.pieper-kampmeyer@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-525

Ansprechpartner für den Basisteil (Strukturdaten) des Qualitätsbericht:



**Assistent des :
Verwaltungsdirektors** Herr Christian Machner
 christian.machner@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-524

Chefärzte

Chirurgie:

Herr Dr. Martin G. Oechsner
 martin.oechsner@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-206


Innere Medizin:



Herr Karl Groß
 karl.gross@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-318

Gynäkologie / Geburtshilfe:

Herr Gerrit-Frederik van Doorn
 gerrit-frederik.vandoorn@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-298

Anästhesie:

Herr Peter Poloczek
 peter.poloczek@diakonie-klinikum-osl.de

Herr Dr. Herbert Bauer
 herbert.bauer@diakonie-klinikum-osl.de
 05421 / 302-341

Links / Verweise

- www.diakonie-klinikum-osl.de
- www.diakoniewerk-os.de

Anmerkung:

Die Internetseiten des Diakoniewerk Osnabrück gGmbH werden zur Zeit komplett neu gestaltet. Sofern nicht alle Informationen zur Verfügung stehen, wird um Verständnis gebeten. Ergänzungen und Aktualisierung werden fortlaufend veröffentlicht.

- www.gesundheit-und-bildung.de

Internetseite des Institutes für Gesundheit und Bildung, zu dessen Gründungsmitgliedern das Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land zählt. Zweck und Aufgaben des Vereins sind ebenso im Internet nachzulesen wie die aktuellen Bildungsangebote.