


QUALITÄTSKONZEPT



Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 1/21	

Inhalt

1 Qualitätsmanagement im KSGR	3
1.1 Ausgangslage	3
1.2 Ziel des Konzeptes	4
1.3 Was verstehen wir unter Qualität?	4
2 Qualitätspolitik im KSGR	5
2.1 Qualitätsstrategie	5
2.2 Qualitätsstruktur	7
2.3 Qualitätskultur	8
3 Umsetzung der Qualität	10
3.1 Aufgaben und Rollen	10
3.1.1 Der Verwaltungsrat	10
3.1.2 Die Geschäftsleitung	10
3.1.3 Die Qualitätskommission	10
3.1.4 Das Qualitätsmanagement	10
3.1.5 Der Qualitätskoordinator, die Qualitätskoordinatorin	10
3.1.6 Die Departemente	11
3.1.7 Die Qualitätszirkel	11
3.2 Qualitätsziele	11
3.3 Qualitätssicherung	11
3.4 PDCA-Qualitätskreislauf	12
3.5 Eingesetzte Methoden und Hilfsmittel	13
3.5.1 Projektmanagement	13
3.5.2 Prozessmanagement	13
3.5.3 Interne Audits	13
3.5.4 Externe Audits	13
3.5.5 Qualitätsstandards in den Fachbereichen	13
3.5.6 Handlungsanweisungen (Guidelines)	13
3.5.7 Qualitätsindikatoren	13
3.5.8 Quality Dashboard	13
3.5.9 Q-Richtlinien	14
3.5.10 Aus-, Fort- und Weiterbildung im Qualitätsmanagement	14
3.6 Controlling	14
3.7 Q-Kommunikation	14
4 Qualitätsaktivitäten im KSGR	15
5 Networking	16
6 Anhang	17
Reglement Qualitätskommission	17
Organigramm Qualitätsorganisation	19
Personelle Zusammensetzung Qualitätskommission	20
Charta zur Sitzungskultur	21

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 2/21	

1 Qualitätsmanagement im KSGR

1.1 Ausgangslage


Gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG sind Spitäler beauftragt, ihre Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fördern. Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes von 2007 legen Spitäler die Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen dar. Für Pflegeheime (Langzeitpflege KSGR) gilt die Verordnung des Gesundheitsgesetzes des Kantons Graubünden, welches ab 2008 ein prozessorientiertes und zertifiziertes Qualitätsmanagement vorschreibt.

Die gesetzliche Verankerung des Qualitätsgedanken bestätigt das Kantonsspital Graubünden auf seinem Weg, den Bedürfnissen seiner Kunden nachzukommen. Qualität entsteht dadurch nicht durch äusseren Druck, sondern ist das tiefe Anliegen und tägliche Bemühen aller Mitarbeitenden im Kantonsspital Graubünden.

In einem Umfeld von steigendem Kostendruck, knappen personellen Ressourcen und rasantem medizinischen Fortschritt ist es eine Herausforderung, aber auch eine Verpflichtung gegenüber den Kunden, eine hoch qualitative, sichere und kundengerechte medizinische Versorgung anbieten zu können.

Dazu erfolgen die Erfassung von Kundenzufriedenheit, der Stakeholdererwartungen und die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages systematisch nach folgenden Gesichtspunkten:

- Die oberste Führung des Kantonsspital Graubündens zeigt sich für Qualität verantwortlich. Sie ist ein Vorbild für Qualität. Sie fordert alle Mitarbeitenden auf, die Mitverantwortung für Qualität zu tragen.
- Qualität wird von allen Mitmenschen getragen und gelebt (integriertes QM).
- Qualitätsentwicklung geschieht effizient und effektiv. Qualitätsmassnahmen und Qualitätsprojekte sind eingebunden in das Projektmanagement des Kantonsspital Graubündens.
- Interne Prozesse laufen zielgerichtet und sind kompatibel mit dem Prozessmanagement des Kantonsspitals Graubünden.
- Die Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität werden in einem ständigen Kreislauf sichtbar gemacht und verbessert (PDCA-Qualitätskreislauf).
- Qualitätsbestrebungen werden nach aussen sichtbar gemacht. Dazu unterzieht sich das Kantonsspital Graubünden beispielsweise periodisch der Überprüfung durch die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sanaCERT. Die Stiftung überprüft als Zertifizierungsstelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Erfüllung von Qualitätsstandards und stellt bei Erreichen der Anforderungen anerkannte Atteste (Zertifikate) aus.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 3/21	

1.2 Ziel des Konzeptes

Das vorliegende Konzept erläutert die Qualitätsbestrebungen im Kantonsspital Graubünden und bildet diese ab. Es zeigt auf, mit welchen Strukturen, Prozessen und Methoden im Kantonsspital Graubünden Qualität gesichert wird. Basis bildet ein integrativer und ganzheitlicher Qualitätsbegriff.

Das vorliegende Konzept ist für das gesamte Akutspital und der Langzeitpflege in allen Bereichen gültig und ist allen Mitarbeitenden zugänglich.

1.3 Was verstehen wir unter Qualität?

Der Qualitätsbegriff (lat. qualis = „Wert, Güte, Beschaffenheit“) hat sich in den vergangenen Jahrzehnten rasch verändert. Galt in den 50er-Jahren noch die Orientierung an technischen Standards als das Non-plus-Ultra für Qualität, beansprucht der heutige Qualitätsbegriff **die Erfüllung von Bedürfnissen verschiedenster Anspruchsgruppen**.

Qualität ist dadurch sehr umfassend.

Qualität ist zudem relativ und subjektiv. Der Kunde¹ fällt kein absolutes, sondern ein relatives Urteil, welches einem raschen Wandel unterworfen ist. Die Subjektivität muss in Kauf genommen werden: Die wahrgenommene Dienstleistungsqualität ist das Ergebnis eines subjektiven Beurteilungsprozesses durch den Kunden. Dienstleistungsqualität umfasst dabei alle fach-, funktions- und unternehmensbezogenen Elemente im Spital. Erst wenn die wahrgenommene Dienstleistungsqualität mit den Erwartungen übereinstimmt, entsteht Zufriedenheit und ein Nutzen aus der in Anspruch genommenen Dienstleistung.

Neben Basisanforderungen an die Dienstleistung, welche von den Anspruchsgruppen als selbstverständlich angenommen werden, vermögen sogenannte Begeisterungsanforderungen wie eine hohe Servicekompetenz des Personals die wahrgenommene Qualität noch zu steigern. Das Kantonsspital Graubünden ist bemüht, die Erwartungen seiner Anspruchsgruppen zu übertreffen.

Qualität bedeutet die Übereinstimmung zwischen der aktuell angebotenen Dienstleistung und den Erwartungen an diese Dienstleistung². Die Erwartungen sollen nicht nur erfüllt, sondern übertroffen werden.

Die Kenntnis der Anspruchsgruppen und deren Erwartungen stellen den Ausgangspunkt für die Planung der Qualitätsmassnahmen dar. Erst wenn bekannt ist, welche Erwartungen welche Anspruchsgruppe haben, können Prioritäten im Qualitätsbereich festgelegt werden und die Zufriedenheit im Rahmen der Qualitätsentwicklung laufend optimiert werden. Qualität beinhaltet dabei die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Zudem wird dem Aspekt der Sicherheit, d.h. des Umgangs mit Fehlern in allen Aspekten eine besondere Bedeutung zugemessen.

¹ Ein Kunde ist eine Person oder Institution, welche ein offensichtliches Interesse am Vertragschluss zum Zweck des Erwerbs einer Dienstleistung/eines Produktes gegenüber einem Unternehmen oder Institution zeigt (aus: Wikipedia). Patienten wie auch beispielsweise Zuweiser sind i.d.S. Kunden.

² Definition von Baartmans und Geng 2006; siehe auch Konzept Qualitätsentwicklung im Pflegedienst vom 20.5.2009

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 4/21	

2 Qualitätspolitik im KSGR

2.1 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch des Kantonsspital Graubündens ist ein Leistungsversprechen, das in der Strategie festgehalten wird. Jährlich im Juni halten der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung ein gemeinsames Strategiemeeting ab. An diesem werden aufgrund diverser Inputs und Analysen (z.B. Trendanalysen, Statusbereiche, SWOT) sowohl die Mission, die Strategie als auch die Werte überprüft und nach Bedarf angepasst. Sie werden in der Strategielandkarte festgehalten (siehe Abb. 1).

Die strategischen Erfolgsfaktoren (Schwerpunktziele und Mitarbeiterziel) und die strategischen Absichten und Initiativen (Projekte, Vorhaben, Beschaffungen, operative Umsetzungen etc.) werden für das Folgejahr festgelegt. Zur Konkretisierung spezifischer Fragestellungen können Teilstrategien formuliert werden (z.B. Qualitätsstrategie, Produktstrategie).

Zur Unterstützung der gesamten Strategieentwicklung setzt man am Kantonsspital Graubünden die Balanced Scorecard³ ein. Ausgehend von einer Strategie, die neben den Shareholder auch die *Stakeholder* und die Umwelt berücksichtigt, werden kritische Erfolgsfaktoren bestimmt und daraus einem Kennzahlensystem („Scorecard“) abgeleitet, das dann die Messgrößen für die Erreichung von Strategischen Zielen repräsentiert.

In einem kontinuierlichen Prozess werden Ziele und Zielerreichung überprüft und durch weitere Massnahmen gesteuert. Die Balanced Scorecard ist damit eine ganzheitlich orientierte, kennzahlenbasierte Zielfindungsmethode, welche die Strategie eines Unternehmens oder Unternehmensteile als auch relevante interne und externe Aspekte sowie deren Wechselwirkung betrachtet.

³ Die Balanced Scorecard (BSC) geht auf die Arbeiten von Robert S. Kaplan und David P. Norton Mitte der 90er-Jahre an der Harvard-Universität zurück. Die BSC grenzt sich sowohl von der deskriptiven Prozesskostenrechnung ab wie von klassischen monetären Kennzahlensystemen. Sie legt den Fokus explizit nicht nur auf Kosten und monetären Performance-Indikatoren, sondern auch auf die so genannten weichen Subproduktionsfaktoren eines Unternehmens. Beispiele hierfür sind z.B. Kundentreue, Zusammensetzung des Produkteportfolios, Durchlaufzeiten von Prozessen, Fehlerraten, Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit etc.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 5/21	

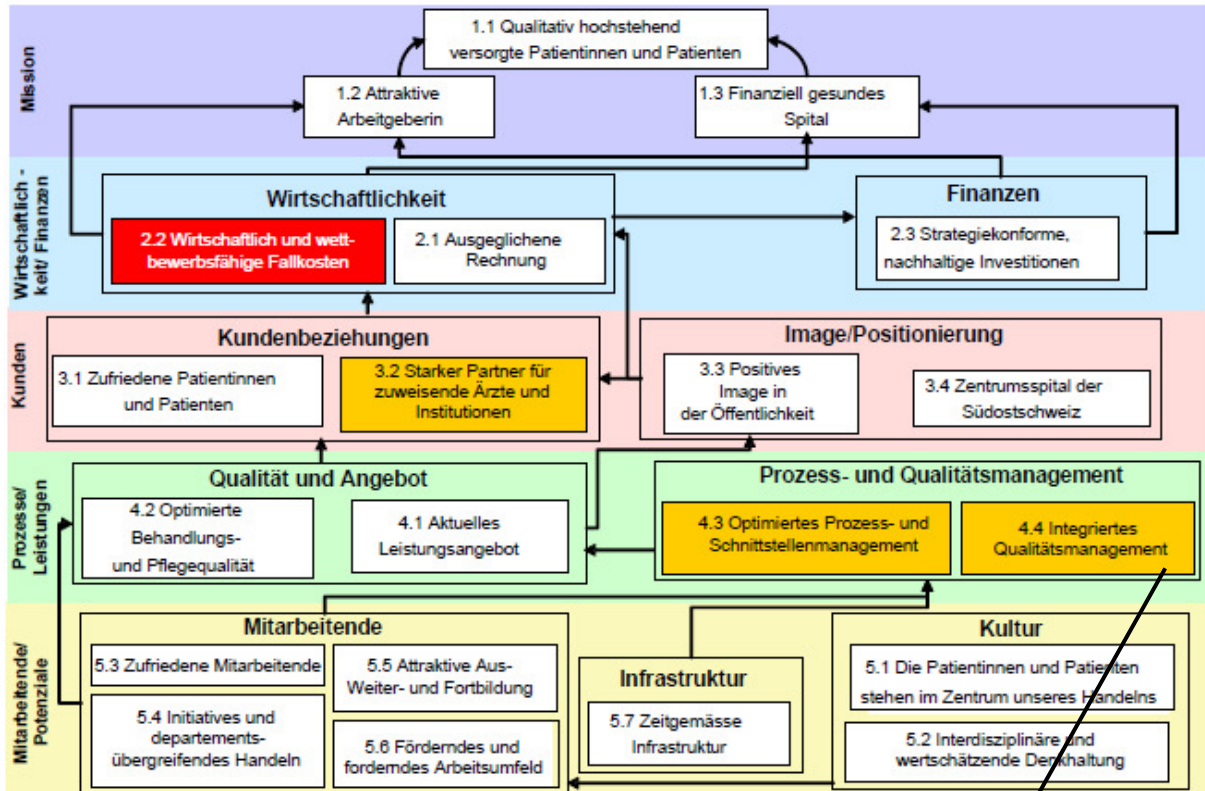


Abb. 1 Strategielandkarte des Kantonsspital Graubündens 2011 (gelb = Schwerpunktziele, rot = Mitarbeiterziel, blau = neu)

Punkt 4.4 Integriertes Qualitätsmanagement

Wir nehmen unsere Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck unserer Orientierung an der Patientin, am Patienten und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit. Die Qualität muss sichtbar und in einem ständigen Kreislauf verbessert werden (PDCA-Qualitätskreislauf).

Die Qualitätsstrategie des Kantonsspital Graubündens ist im Punkt 4.4 verankert und bildet die Basis für die Teilstrategie „Qualitätsmanagement“. Die strategischen Ziele des Kantonsspital Graubündens sind im Intranet unter Punkt „Mission“ ersichtlich.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 6/21	

2.2 Qualitätsstruktur

Im Kantonsspital Graubünden hat man sich für folgende Organisation des Qualitätsmanagements entschieden:

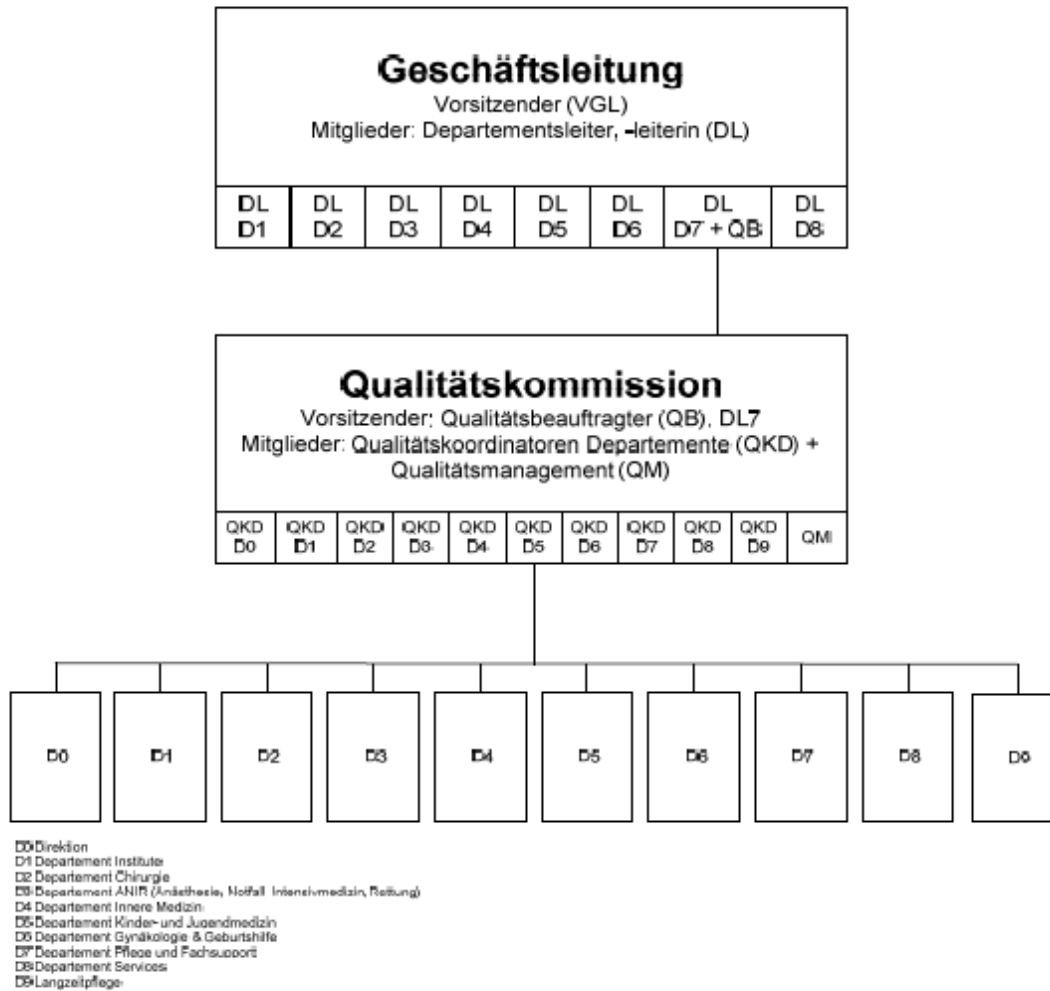


Abb. 2 Organigramm des Qualitätsmanagements im Kantonsspital Graubünden

Aufgaben und Rollen der Stellen sind unter **Punkt 3.1** im Konzept beschrieben.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 7/21	

2.3 Qualitätskultur

„Ich stelle mir eine Unternehmenskultur gerne als ein Flussufer vor: Die Verhaltensweisen in einem Unternehmen werden durch den Fluss symbolisiert, der durch das Ufer begrenzt wird. Im Lauf der Zeit wird das Flussbett immer tiefer, weil das Wasser immer denselben Weg nimmt. Ebenso wird die Kultur immer weiter gefestigt, wenn die Verhaltensweisen festgeschrieben werden, die in der Vergangenheit zum Erfolg führten.“ (Paul Bate, 1997)

Als Qualitätskultur kann man jenen Teil der Unternehmenskultur bezeichnen, welcher die Grundeinstellung der Mitarbeitenden gegenüber der Qualität prägt. Sie umfasst die von den Unternehmensmitgliedern getragenen Werte und Normen und leitet ihr tägliches Verhalten. Als charakteristische Merkmale lassen sich anhand von **vier Dimensionen** darstellen:

- Führungsverhalten
- Qualitätsbewusstsein
- Selbstverständnis der Mitarbeitenden
- Die Verantwortungsübernahme

Das „**Führungsverhalten**“, das durch die Extremposition „Vorgeben“ und „Vorleben“ zu beschreiben ist, wird bewusst an erster Stelle genannt. Es sind die Signale der Führungskräfte, auf welche sich die Mitarbeitenden ausrichten, und nicht die verbalen und schriftlichen Äusserungen. Jede Formulierung im Qualitätsmanagement-Konzept kann durch ungeeignetes Führungsverhalten zunichte gemacht werden. Das Führungsverhalten mit „Vorleben“ vermittelt die Werte weniger in schriftlicher oder verbaler Form, sondern durch das beispielhafte Verhalten der täglichen Arbeit.

Das zweite charakteristische Merkmal, das „**Qualitätsbewusstsein**“ befasst sich mit der Frage, welches Verständnis die Mitglieder der Unternehmung von Qualität haben. Die beiden extremen Positionen lassen sich mit „absolut“ und „relativ“ bezeichnen. In der „absoluten“ Extremposition verstehen die Mitarbeitenden Qualität als Perfektion und Konformität mit den Vorgaben. Demgegenüber verstehen die Mitarbeitenden in der entgegen gesetzten Extremposition des „relativen“ Qualitätsbewusstseins den Qualitätsbegriff als Erfüllung der Bedürfnisse der Anspruchsgruppen, insbesondere primär der Patienten und sekundär weiterer Kundengruppen wie Zuweiser, Angehörige und interner Kunden. Die Qualität wird nicht nur „produktbezogen“ behandelt, sondern es wird die Qualität der eigenen Arbeit und des Unternehmens einbezogen. Dabei ist man sich des Wandels der Bedürfnisse durchaus bewusst, was zu einem dynamischen Bewirtschaften der Qualität führt.

Das dritte charakterisierende Merkmal betrifft die „**Identifikation**“ und das „Selbstverständnis der Mitarbeitenden“. Die beiden Positionen sind als „fach- und funktionsbezogen“ und als „unternehmensbezogen“ bezeichnet. In der „fach- und funktionsbezogenen“ Position konzentrieren sich die Mitarbeitenden auf ihre eigenen Aufgaben und identifizieren sich als Fachpersonen mit der Funktion, die sie selbst wahrnehmen. Demgegenüber befassen sich die Mitarbeitenden in der entgegen gesetzten „unternehmensbezogenen“ Position mit ihrer eigenen Funktion in Verbindung mit den Zielen der Unternehmung und identifizieren sich damit. Alle Mitarbeitenden sind in die Qualitätsverantwortung einbezogen, und von allen wird eine gute Gesamtleistung angestrebt. Die eigene Arbeit prägt bei der „fach- und funktionsbezogenen“ Extremposition die Werte und Normen, auf die sich der Mitarbeitende ausrichtet. Seine Fachkompetenz verleiht ihm vor allem Ansehen im Unternehmen und hat deshalb für ihn vorrangige Bedeutung. In der Firma mit „unternehmensbezogener“ Identifikation dagegen sind die Werte und

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 8/21	

Normen für alle Mitarbeitenden gleich. Für den einzelnen Mitarbeitenden hat nicht nur die Fachkompetenz allein, welche die Basis für gute Qualität bildet, sondern auch sein soziales Verhalten und seine diesbezüglich Fähigkeit hohe Bedeutung.

Das vierte Merkmal bezieht sich auf die Bereitschaft der Mitarbeitenden, eigenverantwortlich zu handeln, und wird „**Verantwortungsübernahme**“ mit den beiden Extrempositionen „passiv“ und „aktiv“ genannt. In dieses Merkmal gehört auch die Bereitschaft zur **kontinuierlichen Verbesserung** welche auch mit den beiden Extrempositionen "passiv" und "aktiv" genannt wird.

Abgeleitet aus diesen vier Dimensionen ergeben sich folgende Q-Botschaften:

- ❖ **Qualität geht uns alle an! (Hauptbotschaft)**
- ❖ **PatientInnen und KundInnen stehen im Zentrum unseres Handelns!**
- ❖ **Wir übernehmen aktiv Verantwortung und verbessern uns kontinuierlich!**
- ❖ **Wir leben vor!**
- ❖ **Wir handeln unternehmensbezogen!**

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 9/21	

3 Umsetzung der Qualität

3.1 Aufgaben und Rollen

Die Qualitätsentwicklung im Kantonsspital Graubünden erfordert klar aufeinander abgestimmte Aufgaben- und Rollendefinitionen, um eine die definierte Qualitätspolitik des Betriebes umzusetzen.

3.1.1 Der Verwaltungsrat legt gemeinsam mit der Geschäftsleitung fest:

- strategische Ziele
- strategische Entscheide
- daraus resultierend: die Strategielandkarte

3.1.2 Die Geschäftsleitung entscheidet über:

- Qualitätsstruktur
- Qualitätsziele
- Qualitätsmassnahmen und -projekte

3.1.3 Die Qualitätskommission

- berät die Geschäftsleitung und die Departemente in allen Fragen der Qualitätssicherung.
- initiiert und begleitet Qualitätsmassnahmen und -projekte.
- setzt die durch eine Mitgliedschaft des Spitals in einer schweizerischen qualitätsrelevanten Organisation resultierenden Empfehlungen / Messungen zu Qualitätsindikatoren um.
- liefert der Geschäftsleitung Entscheidungshilfen bei Fragen der Qualität.
- ist verpflichtet, Projekte hinsichtlich Qualitätsfragen zu beurteilen.
- verfasst regelmässig den Qualitätsbericht zuhanden H⁺/santésuisse.
- legt jährlich eine Massnahmenplanung und ein Budget für Qualitätsaufgaben vor.
- berichtet im Jahresbericht über die Tätigkeiten der Qualitätskommission
- Personen: Qualitätsbeauftragter (Vorsitz), Qualitätskoordinatoren/innen der einzelnen Departemente, Qualitätsmanager/in
- Nachweis (im Anhang): Reglement Qualitätskommission

3.1.4 Das Qualitätsmanagement

- unterbreitet Qualitätsmassnahmen/Qualitätsprojekte der Qualitätskommission zum Entscheid
- setzt Aufträge der Qualitätskommission um
- bietet den Departementen eine Supportfunktion
- kommuniziert nach innen und aussen
- Personen: Qualitätsbeauftragter, Qualitätsmanager/in, Assistent/in QM
- Nachweis: Funktionsbeschreibung Qualitätsbeauftragter, Stellenbeschreibungen Qualitätsmanager/in und Assistentin Qualitätsmanagement

3.1.5 Der Qualitätskoordinator, die Qualitätskoordinatorin der Departemente

- analysiert departementsinterne Qualitätsmassnahmen/Qualitätsprojekte
- koordiniert Qualitätsmassnahmen/Qualitätsprojekte innerhalb des Departements
- kommuniziert / informiert über Qualitätsmassnahmen/Qualitätsprojekte
- leitet Qualitätszirkel des Departements

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 10/21	

- vertritt qualitätsrelevante Themen in der Sitzung der Qualitätskommission
- Nachweis: Funktionsbeschreibung Qualitätskoordinator/in

3.1.6 Die Departemente

- sind für die departementsinternen Qualitätsmassnahmen / Qualitätsprojekte hauptverantwortlich
- können für spezifische Qualitätsfragen den Support des Qualitätsmanagements in Anspruch nehmen

3.1.7 Die Qualitätszirkel

- sind departementsinterne Arbeitsgruppen, welche die departementsinternen Qualitätsmassnahmen/Qualitätsprojekte entwickeln und umsetzen
- werden durch den Qualitätskoordinator, die Qualitätskoordinatorin des Departements geleitet
- Nachweis: Definition Qualitätszirkel

3.2 Qualitätsziele

Die zu erreichenden Qualitätsziele (Jahresziele) müssen in einer aufgabengerechten Form beschrieben und die zur Zielerreichung notwendigen Prozesse festgelegt sein.


- **Definition der Qualitätsziele:** Die Jahresziele der Qualitätskommission mit Festlegungsprozess und Controlling zur Qualitätssicherung werden jährlich von der Qualitätskommission definiert und der Geschäftsleitung zwecks Genehmigung unterbreitet.
- **Controlling:** Das Qualitätsmanagement ist für ein laufendes Controlling der Umsetzungsmassnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele zu Handen der Qualitätskommission verantwortlich.
- **Dabei wird die definierte Qualitätsstrategie** berücksichtigt oder der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat Änderungsanträge zur Qualitätsstrategie unterbreitet (Prozess: Antrag des Vorsitzenden der Qualitätskommission an den Vorsitzenden der Geschäftsleitung bis Ende Februar für das Strategiemeeting im Juni)

Die aktuellen Qualitätsziele sind im Intranet unter „Qualität“ ersichtlich.

3.3 Qualitätssicherung

Die Qualität muss nicht nur definiert, mit einer Strategie geplant und umgesetzt werden, sondern auch mit einem laufenden Controlling überwacht und gesteuert werden. Dabei werden diverse Hilfsmittel und Konzepte eingesetzt.

Mit der externen Beurteilung und der Zertifizierung wird gegen aussen aufgezeigt, dass das Kantonsspital Graubünden eine hohe Leistungsqualität und eine laufende Qualitätsentwicklung sicherstellen kann. Der PDCA Qualitätskreislauf ist dabei das zentrale Element der Qualitätssicherung.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 11/21	

3.4 PDCA-Qualitätskreislauf

Grundlage aller Qualitätsbestrebungen im Kantonsspital Graubünden bildet der **Plan-Do-Check-Act Qualitätskreislauf** nach Deming (PDCA-Qualitätskreislauf).

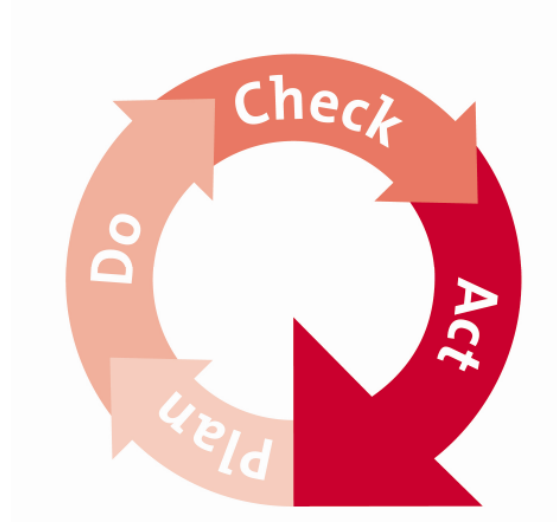


Abb. 3 Der PDCA-Qualitätskreislauf nach Deming

- PLAN** Plane, was du erreichen willst; lege fest, wie, wann und womit du es erreichen willst.
- DO** Führe das aus, was du geplant hast und wie und womit du es geplant hast.
- CHECK** Überprüfe das Ergebnis mit dem, was du geplant hast; korrigiere wenn nötig.
- ACT** Lerne aus den Erfahrungen und lass die Verbesserungen in die Planung einfließen.

Quelle Definition PLAN, DO, CHECK, ACT: Seminarunterlagen Interner Auditor, Firma SAQQualicon, Herbst 2010

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 12/21	

3.5 Eingesetzte Methoden und Hilfsmittel

Informationen zu den einzelnen Punkten sind im Intranet unter Projektmanagement, Prozesslandkarte oder unter dem Stichwort Qualität (Unterlagen Qualität, z.B. Sammlung der Qualitätsaktivitäten, Jahresberichte) ersichtlich.

3.5.1 Projektmanagement

Die Definitionen, Prozessabläufe und die Formulare des Projektmanagements des Kantonsspital Graubündens werden im Qualitätsmanagement unterstützt und umgesetzt. Bei Qualitätsprojekten übernimmt die Qualitätskommission die Überwachung und Steuerung analog des Projektboards bei anderen Projekten.

Das Projektboard wird laufend über die Projektentwicklung (Projektphasen) informiert.

3.5.2 Prozessmanagement

Die Definitionen und Abbildung von internen Prozessen werden gemäss Prozessmanagement des Kantonsspital Graubündens und dessen Software umgesetzt.

3.5.3 Interne Audits

Durch ausgebildete interne Auditoren werden in einzelnen Teilbereichen Qualitätsaudits durchgeführt, um Qualitätsstandards und Qualitätsprozesse zu überprüfen. Die internen Auditoren werden vom Qualitätsmanagement geschult.

3.5.4 Externe Audits

Das Kantonsspital Graubünden wird gemäss seiner Qualitätsstrategie durch die Stiftung sanaCERT **zertifiziert**. Teilbereiche (z.B. Institut für Spitalpharmazie, Labor) werden durch ISO zertifiziert oder können durch Berufs- und Standesorganisationen oder Firmen mittels **Assessment** überprüft werden (z.B. Migrant Friendly Hospital, stillfreundliches Spital oder kindgerechtes Spital nach der WHO EACH-Charta, Room-Service, Spitalhygiene). Die Erfüllung der **gesetzlichen Vorgaben** werden durch die entsprechenden Stellen getätigt (z.B. Inspektionen, amtliche Kontrollen).

3.5.5 Qualitätsstandards in den Fachbereichen

Die einzelnen Fachbereiche arbeiten zum Teil mit Qualitätsstandards, wie z.B. im Pflegedienst (siehe Konzept Pflegequalitätsentwicklung im Pflegedienst). Deren Anwendung wird regelmässig überprüft, z.B. mit internen Audits.

3.5.6 Handlungsanweisungen (Guidelines)


Die einzelnen Departemente und Fachbereiche arbeiten gemäss Handlungsanweisungen/Guidelines und überprüfen deren Anwendung regelmässig z.B. mit internen Audits. Die Handlungsanweisungen der einzelnen Fachbereiche sind im Intranet hinterlegt.

3.5.7 Qualitätsindikatoren

Das Kantonsspital Graubünden arbeitet mit Qualitätsindikatoren, indem es die Vorgaben des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ übernimmt und umsetzt. Zusätzlich existieren Qualitätsindikatoren der einzelnen Fachgesellschaften (z.B. Swiss Vasc Registry).

3.5.8 Quality Dashboard

Das Qualitätsmanagement sammelt qualitätsrelevante Kennzahlen im Spital und stellt diese in einer Übersicht (Quality Dashboard) dar. Diese Daten werden laufend aktualisiert und der Qualitätskommission sowie der Geschäftsleitung zur Verfügung gestellt.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 13/21	

3.5.9 Q-Richtlinien

Das Qualitätsmanagement erarbeitet allgemeine Richtlinien für alle Mitarbeitenden, welche die Arbeiten der Qualitätsentwicklung im Spital unterstützt oder eine notwendige Voraussetzung dafür darstellt (z.B. Bezug des Qualitätsmanagement bevor eine interne Befragung initialisiert wird, Dokument-ID).

3.5.10 Aus-, Fort- und Weiterbildung im Qualitätsmanagement

Bei allen Funktionen wird sichergestellt, dass diese über die notwendige Aus-, Fort- und Weiterbildungen verfügen (z.B. Ausbildung des Qualitätsbeauftragten, der Qualitätsmanagerin, laufende Fort- und Weiterbildung der Qualitätskoordinatoren/innen, Ausbildung der Internen Auditoren). Es besteht ein Aus-, Fort- und Weiterbildungs-konzept.

Die Aus- Fort- und Weiterbildung aller qualitätsrelevanten Funktionen wird laufend in einer zentralen Datenbank erfasst und aktualisiert, so dass diese jederzeit ausgewiesen werden kann.

3.6 Controlling

Das Überwachen und Lenkung der Qualitätsaktivitäten erfolgt im Kantonsspital Graubünden durch Anwendung der Werkzeuge und Methoden der Qualitätssicherung (siehe Punkt 3.5).

Explizit erwähnt wird das Controlling der Jahresziele der Qualitätskommission: Hier erfolgt das Controlling tertiär zu den drei Zeitpunkten Mai, August (Stichwort: Budget; Festlegung neuer Jahresziele) und Januar des Folgejahres. Als Methodik wird in Übereinstimmung mit dem Projektmanagement des Kantonsspital Graubündens die Ampeltechnik eingesetzt.

3.7 Q-Kommunikation

Die interne und externe Kommunikation bildet einen wichtigen Teil für eine erfolgreiche Zertifizierung nach sanaCERT bzw. der Umsetzung des Qualitätsgedankens. Durch die angestrebte transparente und stufengerechte Information soll eine motivierende Ausstrahlung für den "Qualitätsgedanken" im Unternehmen vermittelt werden. Ziel ist, das Qualitätsbewusstsein zu stärken.

Für externe Stakeholder soll aufgezeigt werden, dass das Kantonsspital Graubünden mit dem Qualitätsmanagement nach sanaCERT die Anforderungen aus den Artikeln 56 KVG und 77 KVV erfüllt und die Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung unter den Aspekten der WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) umsetzt. Ziel ist jedoch, dass die Qualität des Kantonsspitals Graubünden nicht durch äusseren Druck entsteht, sondern das tiefe Anliegen und tägliche Bemühen aller Mitarbeitenden ist.

Die Kommunikationsmassnahmen werden in einem laufend aktualisierten Q-Kommunikationsraster abgebildet (Intranet -> Qualität). Die Q-Botschaften, welche sich aus der Qualitätskultur ergeben, lauten:

- ❖ **Qualität geht uns alle an!** (Hauptbotschaft)
- ❖ PatientInnen und KundInnen stehen im Zentrum unseres Handelns!
- ❖ Wir übernehmen aktiv Verantwortung und verbessern uns kontinuierlich!
- ❖ Wir leben vor!
- ❖ Wir handeln unternehmensbezogen!

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 14/21	

4 Qualitätsaktivitäten im KSGR

Im Kantonsspital Graubünden finden folgende Qualitätsaktivitäten statt:

- **Gesetzliche Qualitätsaktivitäten.** Beispiele: Anwendung von medizinischen Diagnose- und Therapierichtlinien, Organisation Grossereignisse und Katastrophen (OGK) Gewährleistung der Arbeitssicherheit, Gewässerschutz, Brandschutz, Umgang mit Chemikalien und Giften, gesetzliche Meldesysteme wie Hämovigilance, Pharmakovigilance oder Materiovigilance.
- **Hausweite Qualitätsaktivitäten.** Beispiele: Zertifizierung nach sanaCERT, Pflege Richtlinien und –standards, Schutz medizinischer Daten von Mitarbeitenden, Mitarbeiterumfrage, CIRS-System, Krisenmanagement, Konfliktmanagement, Massnahmen gegen die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz
- **Qualitätsaktivitäten innerhalb der einzelnen Departemente/ Fachabteilungen.** Beispiele: Zertifizierung nach ISO 9001:2000 des Instituts für Spitalpharmazie im Departement 1, Eintrag ins Swiss Vasc Registry oder Komplikationenkonferenz im Departement Chirurgie, Konzept Qualitätssicherung IPS im Departement ANIR, Angiologiekonferenz im Departement Innere Medizin, SPSU: Erfassung seltener pädiatrischer Erkrankungen im Departement Kinder- und Jugendmedizin, ASF Statistik im Departement Gynäkologie & Geburtshilfe, LEP Audits im Departement Pflege & Fachsupport oder Anwendung von HACCP Richtlinien im Departement Services (Betriebe).

Die aktuelle Sammlung der Qualitätsaktivitäten ist im Intranet unter Qualität zu finden. Sie wird durch das Qualitätsmanagement jährlich aktualisiert.

Begründet sind die Qualitätsaktivitäten in dem täglichen Bestreben des Kantonsspital Graubündens nach Qualität auf hohem Niveau. Dies spiegelt sich in der Qualitätsstrategie und in den Jahreszielen der Qualitätskommission wider.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 15/21	

5 Networking

Die Haltung des Kantonsspital Graubündens gegenüber seinen Partnern ist offen, transparent und geprägt von hohem Qualitätsbewusstsein. Eine Vernetzung mit allen Partnern im Gesundheitswesen ist Grundlage zur Verwirklichung der strategischen Ziele des Kantonsspital Graubündens.

Neben Mitgliedschaften bei auf gesamtschweizerischen Ebene zuständigen Partnerorganisationen wie beispielsweise H+ Die Spitäler der Schweiz ist es den einzelnen Fachbereichen ein sehr grosses Anliegen, ihre Erfahrung und ihr Wissen in den entsprechenden Fachgesellschaften einzubringen und sich über den State-of-the-Art auszutauschen. Mitgliedschaften werden nicht aufgrund eines äusseren Drucks eingegangen. Der Forschungswille, das Lernen voneinander und die Verwirklichung von Visionen sind dabei die treibende Kraft.

Neue Wege und innovative Partnerschaften (z.B. Partnerschaftsverträge mit Krankenversicherungen wie Helsana oder ÖKK) werden ebenso beschritten wie bestehende Partnerschaften ausgebaut. Das Qualitätsmanagement selbst ist Mitglied in nationalen Verbindungen wie SQMH oder SNV wie auch in internationale Verbindungen zu Qualität (ISQua). Ein Austausch findet laufend statt.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 16/21	

6 Anhang

Reglement Qualitätskommission

Bei uns sind Sie in besten Händen



Reglement der Qualitätskommission

1. Zweck

Die Qualitätskommission ist ein ständiges Fachgremium, das die Geschäftsleitung in allen Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung berät. Sie koordiniert Qualitätsmassnahmen, Qualitätsvorhaben und Qualitätsprojekte, stellt Anträge an Entscheidungsgremien und fördert die Qualitätsentwicklung im ganzen Kantonsspital Graubünden (KSGR).

2. Zusammensetzung

Das Organigramm der Qualitätsorganisation des Kantonsspitals Graubünden sowie die Liste über die personelle Zusammensetzung der Qualitätskommission befinden sich im Anhang A und B. Personelle Änderungen in der Besetzung werden der Geschäftsleitung durch den Vorsitzenden der Qualitätskommission frühzeitig zur Kenntnis gebracht, die Wahl erfolgt durch die Geschäftsleitung.

Qualitätsbeauftragter*

Der Vorsitzende der Qualitätskommission ist der Qualitätsbeauftragte. Er ist Mitglied der Geschäftsleitung und wird von der Geschäftsleitung ernannt. Der Qualitätsbeauftragte wird wie folgt vertreten:

- in der *Geschäftsleitung* durch die Stellvertretung seines Departements
- in der *Qualitätskommission* durch die Qualitätsmanagerin

Qualitätskoordinator Departement

Der Qualitätskoordinator wird von der Departementsleitung für die qualitätsrelevanten Anliegen des Departements und die Sicherstellung des Informationsflusses zwischen Qualitätskommission und Departement ernannt.

Qualitätsmanagerin

Die Qualitätsmanagerin betreut, begleitet und koordiniert die betriebsweiten Qualitätsmassnahmen, Qualitätsvorhaben und Qualitätsprojekte. Mit dem Fachwissen unterstützt sie die departementsinternen Massnahmen und Projekte. Sie vertritt kein Departement. Die Qualitätsmanagerin wird auf Empfehlung der Qualitätskommission durch die Geschäftsleitung gewählt.

Assistentin Qualitätsmanagement

Die Assistentin Qualitätsmanagement stellt eine reibungslose Administration im Qualitätsmanagement und einen lückenlosen Informationsfluss aller ein- und ausgehenden Mitteilungen sicher. Sie übernimmt und leitet Kleinprojekte im Bereich Qualitätsmanagement.

Fachpersonen

Situativ können interne und externe Fachpersonen zur Behandlung von gezielten Fragen und/oder Problemstellungen in die Qualitätskommission eingeladen werden.

Die Funktionsbeschreibungen des Qualitätsbeauftragten und der Qualitätskoordinatoren sowie die Stellenbeschreibungen der Qualitätsmanagerin und der Assistentin Qualitätsmanagement befinden sich im Anhang des Qualitätskonzeptes.

* Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen beziehen sich immer auf beide Geschlechter.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 17/21	

3. Aufgaben der Qualitätskommission

Die Qualitätskommission hat folgende Aufgaben:

- Die Qualitätskommission berät die Geschäftsleitung und die Departemente, respektive deren Bereiche in allen Fragen der Qualitätssicherung.
- Die Qualitätskommission initiiert und begleitet Qualitätsvorhaben und Qualitätsprojekte.
- Die Qualitätskommission nimmt Stellung zu möglichen Mitgliedschaften des Spitals in qualitätsrelevanten Organisationen und entsendet Personen zur Einsitznahme in den Organisationen.
- Die Qualitätskommission nimmt Stellung zu Messempfehlungen / Qualitätsindikatoren, welche durch eine Mitgliedschaft in schweizerischen qualitätsrelevanten Organisationen resultieren und setzt Messempfehlungen um.
- Die Qualitätskommission liefert der Geschäftsleitung Entscheidungshilfen bei Entscheiden, die Fragen der Qualität betreffen.
- Die Qualitätskommission beantragt bzw. reicht jährlich das Budget für Qualitätsaufgaben und die Massnahmenplanung ein.
- Die Qualitätskommission verfasst regelmässig den Qualitätsbericht H+ qualité zuhanden H⁺/santésuisse.
- Die Qualitätskommission berichtet im Jahresbericht des Kantonsspitals Graubünden und im Jahresbericht der Qualitätskommission/des Qualitätsmanagements über die Tätigkeiten (beide Jahresberichte werden veröffentlicht).

4. Arbeitsweise

Die Qualitätskommission arbeitet wie folgt:

- Die Qualitätskommission führt in der Regel einmal monatlich eine Sitzung durch.
- Der Qualitätsbeauftragte leitet die Sitzungen der Qualitätskommission.
- Die Traktandumfrage wird den Mitgliedern zwei Wochen vor der Sitzung zugesandt.
- Die Einladung wird den Mitgliedern eine Woche vor der Sitzung zugesandt.
- Das Protokoll wird von der Assistentin Qualitätsmanagement verfasst und an die Mitglieder mit Kopie an die Stellvertretungen sowie Geschäftsleitung versandt.
- Die Qualitätskommission legt in ihrer Sitzungsdurchführung Wert auf die Charta zur Sitzungskultur (siehe Anhang C).

5. Stellvertretung

Bei Verhinderung an der Sitzung der Qualitätskommission ist von den Mitgliedern die Stellvertretung sicherzustellen.

6. Beschlussfähigkeit

Die Qualitätskommission ist mit **6 anwesenden Mitgliedern** beschlussfähig.

7. Stimmgleichheit

Bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende der Qualitätskommission durch Stichentscheid.

8. Inkrafttreten

Das vorliegende Reglement wurde durch die Geschäftsleitung genehmigt am 13. Dezember 2010. Es ersetzt das Reglement vom 28. Januar 2008 und tritt per 1. Januar 2011 in Kraft.



Dr. oec. HSG Arnold Bachmann
Vorsitzender der Geschäftsleitung

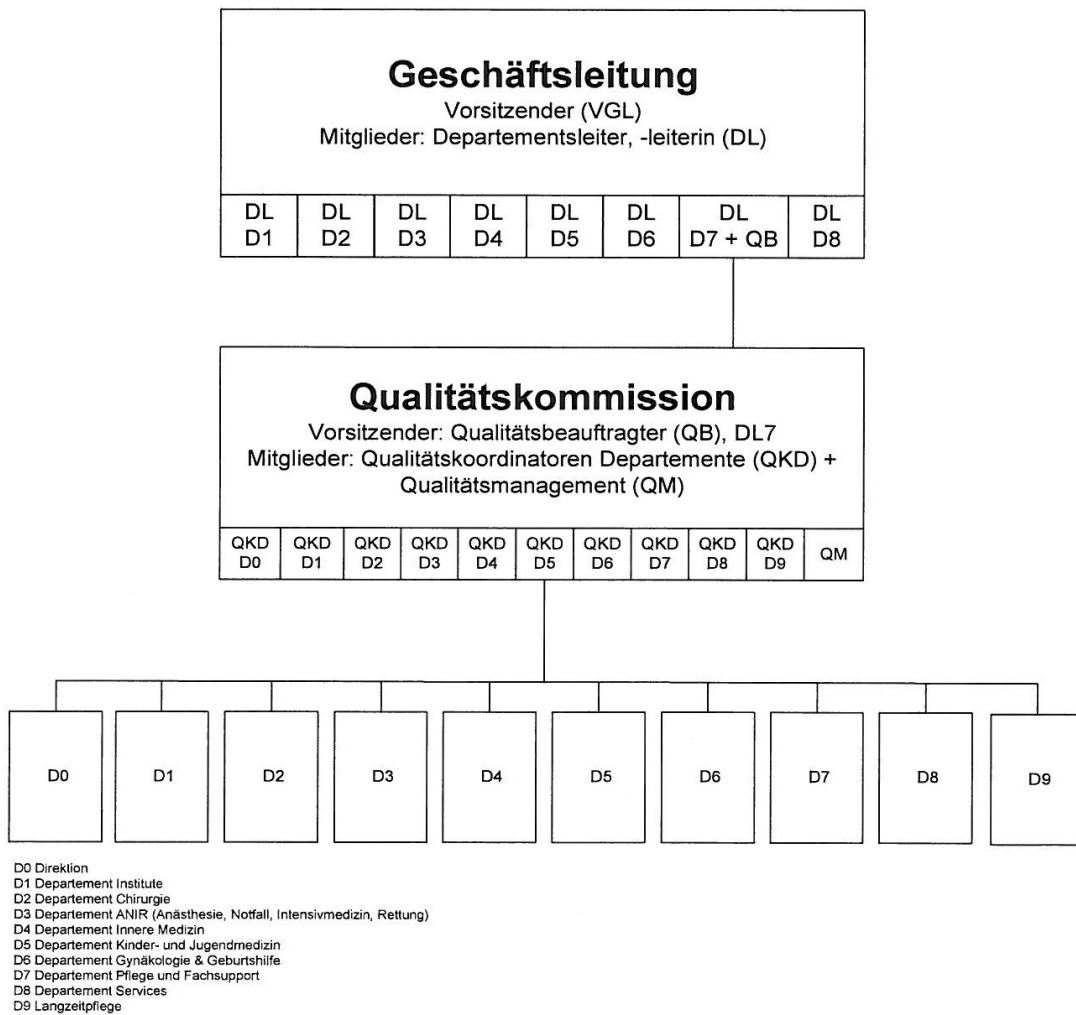


Heinrich Neuweiler
Qualitätsbeauftragter
Vorsitzender der Qualitätskommission

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 18/21	

Organigramm Qualitätsorganisation

Anhang A: Organigramm Qualitätsorganisation




Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 19/21	

Personelle Zusammensetzung Qualitätskommission

Anhang B: Personelle Zusammensetzung der Qualitätskommission

Leitung/Assistenz	Funktion	Funktion Q-Kommission
Heinrich Neuweiler	Leiter Departement Pflege und Fachsupport	Vorsitzender der Qualitätskommission
Dr. phil. Tima Plank	Qualitätsmanagerin	Qualitätsmanagerin
Martina Michel	Assistenz Qualitätsmanagement	Assistentin Qualitätsmanagement
D0/Direktion	Funktion	
Marco Oesch	Leiter Unternehmensentwicklung	Qualitätskoordinator
Heidi Werner	Leiterin Grossprojekte	Stv.-Qualitätskoordinatorin
D1/Institute		
Thomas Németh	Departementsmanager Institute und Klinikmanager Radiologie	Qualitätskoordinator
D2/Chirurgie		
Dr. med. Peter Villiger	Leiter Viszeralchirurgie D2	Qualitätskoordinator
Dr. med. Georg Heller	Leitender Arzt D2	Stv.-Qualitätskoordinator
Dr. med. Marianna Friedli-Braun	Spitalfachärztin D2	Stv.-Qualitätskoordinatorin
D3/ANIR		
Beat Hugentobler	Betriebsleiter <i>rettung chur</i>	Qualitätskoordinator
Dr. med. Patrik Vanek	Leitender Arzt IPS	Stv.-Qualitätskoordinator
D4/Innere Medizin		
Dr. med. Thomas Wieland	Stv. Chefarzt D4	Qualitätskoordinator
Dr. med. Raphael Jeker	Leitender Arzt D4	Stv.-Qualitätskoordinator
D5/Kinder- und Jugendmedizin		
Dr. med. Matthias Cremer	Leitender Arzt D5	Qualitätskoordinator
Dr. med. Peter Iseli	Leitender Arzt D5	Stv.-Qualitätskoordinator
D6/Gynäkologie und Geburtshilfe		
Dr. med. Danièle Schwarz	Oberärztin D6	Qualitätskoordinatorin
Dr. med. Martina Gabriela Maranta	Oberärztin D6	Stv.-Qualitätskoordinatorin
D7/Pflege und Fachsupport		
Reinhard Lorez	Leiter Fachbereiche und Dienste	Qualitätskoordinator
Heinrich Neuweiler	Leiter Departement D7	Stv.-Qualitätskoordinator
D8/Services		
Alfred Hostettler	Leiter Finanzen/ Patientenadmin.	Qualitätskoordinator
Adolf Zürn	Leiter Betriebe	Stv.-Qualitätskoordinator
D9/Langzeitpflege		
Joseph Gamma	Pflegeleitung D4 und D9	Qualitätskoordinator
Alfred Hostettler	Leiter Finanzen/ Patientenadmin.	Stv.-Qualitätskoordinator

*Stv. = Stellvertretung; Nomination wird durch das Departement bestimmt (fakultativ).

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 20/21	

Charta zur Sitzungskultur

Anhang C: Charta zur Sitzungskultur

Grundgedanke: Die Würde des Individuums ist unantastbar.

- (1) Wir handeln initiativ und entscheiden eigenständig im Rahmen unserer Kompetenzen und Verantwortungen. Dabei denken und handeln wir bereichsübergreifend. Einzel-Interessen stellen wir hinter den Interessen des Gesamtsitals zurück.
- (2) Unsere Rede-Beiträge sind knapp und präzise, und basieren auf einer guten Vorbereitung und Information.
- (3) Wir leben eine konstruktive Streitkultur, in der gegensätzliche Meinungen als bereichernd erlebt werden. Dazu reden wir offen über unsere Differenzen und geben uns frühzeitig Feedback.
- (4) Wir kritisieren die Sachargumente und Positionen, nicht die Person.
- (5) Wir tolerieren andere Meinungen und nehmen uns die Zeit, diese aktiv zuhörtend aufzunehmen.
- (6) Wir kennen und respektieren die Stärken und Schwächen eines jeden Mitgliedes und setzen uns dafür ein, diese im Team auszugleichen.
- (7) Wir reglementieren soviel wie nötig und so wenig als möglich.
- (8) Unsere Entscheidungskompetenzen basieren auf den Vorgaben des Reglements der Qualitätskommission.
- (9) Wenn die Durchführung bei einer Instanz liegt, dann nehmen wir uns an der entsprechenden Sitzung Zeit zur Diskussion des Themas. Falls nicht genügend Zeit vorhanden ist, erfolgt eine Vertagung auf die nächste Sitzung.
- (10) Getroffene Entscheidungen vertreten wir einheitlich nach Aussen; falls es zu Schwierigkeiten in der Umsetzung kommt, diskutieren wir diese im Entscheidungsgremium.
- (11) Wir überlegen für jeden Beschluss während der Sitzung, ob - und wenn ja, wie - dieser an die Mitarbeitenden kommuniziert wird.

Erstellt von: sanaCERT Kernteam QM	Erstelldatum: 13.09.2011	Thema: Qualitätskonzept	Freigabe durch: GL / Qualitätskommission	Freigabe am: 31.05./04.05.2010	
Gültigkeitsbereich: KSGR	Gültig ab: 04.05.2010	Ablageort: J/D7 > QM/ Q-Konzept	Version: v2.5	Seite(n): 21/21	